

Curso de Mestrado em Enfermagem


Saúde Materna e Obstetrícia

***Ligação Pais/filho - Contributo para o processo de
vinculação***

Intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde
Materna e Obstétrica promotoras do processo de
vinculação entre Pais/ filho

Cristina Isabel Balona Delfino

2012





Curso de Mestrado em Enfermagem

Saúde Materna e Obstetrícia

Ligação Pais/filho - Contributo para o processo de vinculação

Intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica promotoras do processo de vinculação entre Pais/ filho

Cristina Isabel Balona Delfino

Sob a Orientação da professora Maria João Delgado

2012

O meu obrigado,

Ao Nando, aos meus pais e minha irmã, pela ajuda incondicional,

À Enfª. Antónia Prates, pelos momentos de aprendizagem proporcionado e apoio,

À professora. Maria João pela orientação e incentivo,

Aos meus filhos pela compreensão,

À Nídia, à Sofia, à Dina, à Fátima e ao Nelson pela amizade.

*“Optar por cuidar de qualquer coisa ou de alguém, significa optar por cuidar de tudo,
porque no universo tudo se cumpre pouco a pouco”*

Marc Hees

SIGLAS

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e obstétrica

EEESMOG - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecológica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FCF – frequência cardíaca fetal

IMC – International confederation of midwives

OE – Ordem dos Enfermeiros

RN -Recém-nascido

VD – visitação domiciliária

RESUMO

Este relatório foi realizado no âmbito da unidade curricular estágio com relatório, do 2º. Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola de Enfermagem de Lisboa (ESEL), pretendeu-se refletir sobre o conjunto de competências adquiridas e desenvolvidas em contexto de bloco de partos, que visa uma prática de cuidados especializados, promotora do processo de vinculação entre pais e filho.

Procedeu-se a uma revisão sistemática da literatura, através do motor de busca EBSCO, tendo sido seleccionados 11 artigos, de forma a dar resposta, à questão, em formato PI[C]O: “Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia (I), promotoras do processo de vinculação (O) entre pais e filho (P)?”.

Desta pesquisa concluiu-se que o EESMO encontra-se numa posição privilegiada, para desenvolver intervenções, que visam as primeiras interações entre os pais e o filho e o reforço de laços afectivos entre a tríade. Sabe-se, que a ligação precoce mãe/pai e o seu filho, influencia desenvolvimento cerebral, emocional, relacional, cognitivo e comportamental ao longo de toda a sua vida.

Os estudos apresentados referem que as intervenções do EESMO promotoras do processo de vinculação são: contacto pele-a-pele, amamentação na primeira hora de vida, alojamento conjunto, participação ativa do pai no nascimento, nomeadamente no corte de cordão umbilical, respeito pela privacidade, incentivar ao toque, olhar e a comunicação verbal com o recém-nascido e incentivar a participação dos pais nos primeiros cuidados ao recém-nascido. De acordo com esta perspectiva considera-se emergente capacitar a mãe e o seu companheiro/pai, para a vivência desta relação íntima, para que, sejam capazes de construir uma ligação ao seu filho, proporcionando-lhes segurança e proteção.

Palavras-chave: vinculação, intervenções do EESMO, pais, recém-nascido e parto

ABSTRACT

This report was done in the context of the curricular unit “training with report” of the second master’s course in maternal health and obstetrics of the Nursing School of Lisbon (ESEL). Our goal was to reflect on the set of skills acquired and developed in the context of the delivery room, which aim at a specialized care practice that promotes the child-parents attachment process.

We undertook a systematic review of literature through the search engine EBSCO and selected 11 articles in order to answer the question, in PI[C]O format: “Which interventions of the Maternal Health and Obstetrics Specialist Nurse (I) promote the child-parents (P) attachment process (O)?”

From this research, we concluded that the Maternal Health and Obstetrics Specialist Nurse is in a privileged position to carry out interventions which aim at the first interactions between parents and child and the reinforcement of the triad bonding. It is known that the precocious connection mother/father and their child influences his/her brain, emotional, relational, cognitive and behavioural development throughout his/her life.

The presented studies refer that the Maternal Health and Obstetrics Specialist Nurse interventions which promote the attachment process are: skin-to-skin contact; breastfeeding in the first hour of life; rooming in; the father’s active participation, namely in the cut of the umbilical cord; respect for privacy; encourage touching, looking and verbal communication with the newly-born and also the parents’ participation in the baby’s first care. According to this perspective, we think it is necessary to enable parents to experiment this intimate relationship so as to build a bond with their child which allows them to provide safety and protection.

Key words: attachment; Maternal Health and Obstetrics Specialist Nurse intervention; parents; newly-born; pregnancy; childbirth

ÍNDICE

O. INTRODUÇÃO	10
1 QUADRO CONCEPTUAL	14
1.1 Diagnóstico de situação	14
1.2 Conceito de Vinculação	17
1.3 Vinculação Pré Natal	18
1.4 Vinculação Perinatal	20
1.5 Vinculação Pós Natal	21
1.6 Vinculação e a Paternidade	22
1.7 Competências do EESMO	23
2 QUADRO DE REFERÊNCIA PARA A PRÁTICA ESPECIALIZADA	26
3 – METODOLOGIA	29
3.1 – Revisão sistemática da literatura	29
3.2 – Critérios de seleção dos artigos	30
3.3 – Resultados	31
4 – AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARA A PRÁTICA	34
4.1 – Contextualização do estágio com relatório	35
4.1.1 – Breve caracterização do local do estágio com relatório	36
4.2 – Análise dos objectivos	36
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
6 – BIBLIOGRAFIA	48
APÊNDICES	54
Apêndice I – Estudos incluídos na revisão sistemática da literatura	
Apêndice II – Projeto de Estágio	
Apêndice III – Diário de Aprendizagem 1	
Apêndice IV – Reflexão Ensino Clínico de Neonatologia	

Apêndice V – Diário de Aprendizagem 2

Apêndice VI – Folheto informativo

ANEXOS

Anexo I - Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro de
Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica

O - INTRODUÇÃO

O presente relatório foi realizado no âmbito da unidade curricular estágio com relatório, do 2º. Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola de Enfermagem de Lisboa (ESEL). O conceito de relatório reporta-nos para um momento de análise e reflexão sobre um percurso de aprendizagem, bem como, sobre os objectivos alcançados, aquando da prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Materna e Obstetrícia, na Unidade Curricular – Estágio com relatório. Neste sentido, este trabalho, reflete também um caminho percorrido no desenvolvimento de competências como futura Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO), que cuida da mulher e família durante o trabalho de parto e parto, de forma maximizar a saúde da mulher e do recém-nascido, adoptando intervenções promotoras, do processo de vinculação entre pais e filhos. Durante o percurso formativo propus-me desenvolver, uma competência adicional, de forma aprofundada, sobre a temática, ligação pais/filho - contributo para o processo de vinculação. Para alcançar este objectivo, defini estratégias de intervenção na minha prática como futuro EESMO, em consonância com as diretrizes comunitárias, do artigo 27º da diretiva 89/594/CEE de 30 de Outubro de 1989, referentes ao estágio com relatório, a decorrer em contexto de Bloco de Partos, e de acordo com o regulamento das Competências Específicas para o Enfermeiro Especialista de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica, definido em Diário da República 2º. Série, nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011. Defini os seguintes objectivos gerais para, a Unidade Curricular Estágio com Relatório:

- Desenvolver competências, através de uma prática de cuidados especializados que promovam a Saúde da Mulher e Família no período pré-natal de forma a potenciar a sua saúde, a detectar, a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal;
- Desenvolver competências, através de uma prática de cuidados Especializados à mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto,

puerpério e período neonatal, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar da mulher/RN/família;

- Desenvolver Competências, para prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados, que promovam o processo de vinculação mãe/pai e filho, durante o período pré natal, perinatal e pós natal, promovendo uma parentalidade responsável.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009) os Enfermeiros Especialistas são detentores de níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzido num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção. Neste sentido a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde materna e Obstetrícia, incide nos projetos de saúde da mulher, de modo, a vivenciar os processos de saúde/doença, no contexto da saúde sexual e reprodutiva (International Conferation of Midwives, cit por OE, 2008). O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, perinatal e pós-natal de forma a potenciar a sua saúde, e do recém-nascido, apoiando o processo de adaptação á vida extrauterina e transição para a parentalidade (OE, 2010). Neste sentido, considero de extrema importância garantir à mulher/família o acesso a recursos que lhes permitam a vivência da gravidez saudável a nível físico, psíquico e social, e que vigilância da gravidez, sejam integrados na educação para a saúde conceitos sobre vinculação, interação precoce entre pais/filho de forma a potenciar uma vinculação segura entre a tríade. É de salientar que, para alguns autores, todo este processo tem inicio quando o casal decide ter um filho, e desta forma, defini as suas vivências em torno desta realidade. De acordo com Leal (2005, p.323), “as fantasias subjacentes ao desejo de ter um filho constituem os primeiros laços estabelecidos entre pais e a criança e constituem pré-história da vinculação”. Durante a gravidez esta relação imaginária torna-se um facto, e surgem as primeiras interações, que serão a base de uma relação única entre pais/filho, que confere ao recém-nascido segurança para explorar o mundo. Para Fleming, Rubble, Krieger e Wrong (1997) o envolvimento emocional da mãe com o bebé aumenta progressivamente durante a gravidez, mas sobretudo após o parto, depois do contacto com o recém-nascido (Leal,2005).Torna-se preponderante que o Enfermeiro

Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia conceba, planeie, implemente e avalie intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido, durante o período pré-natal, trabalho de parto e no período pós-natal (OE, 2010). De acordo com Cepeta et al (2005) a interação pais/filhos e a vinculação segura da criança aos pais, são factores cruciais para o desenvolvimento psíquico e social da criança, com repercussões ao longo de todo o seu ciclo vital. Pretendi desta forma, dar resposta a uma necessidade, por mim sentida, ao longo da minha prática profissional, como enfermeira que presta cuidados no âmbito dos cuidados de saúde primários. Ao constatar que durante a vigilância pré natal e pós natal, os cuidados promotores do processo de vinculação entre pais e filho, necessitam de um maior investimento e sistematização por parte das equipas de saúde. Esta minha percepção resulta não só da minha experiencia profissional, na prestação direta de cuidados à mulher no período pré natal e pós natal em contexto de cuidados de saúde primários como vai ao encontro do referenciado em diversos estudos, que demonstram a necessidade de capacitar os profissionais de saúde, nomeadamente Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia, de forma a promoverem uma ligação precoce entre pais e o filho, no período pré natal, perinatal e pós natal, de forma a estabelecer uma vinculação segura.

Baseando-me na minha experiência profissional, ao longo de todo o meu percurso formativo, constatei que o EESMO encontra-se numa posição privilegiada para apoiar, o investimento afectivo inicial dos pais ao seu filho sendo este um factor determinante na qualidade dos cuidados prestados bem como no suporte emocional que lhes é proporcionado. Segundo a OE (2010) O EESMO concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação entre a mãe/pai/filho. Mendes (2002) refere a importância da intervenção do EESMO no contexto dos cuidados primários, como elemento promotor da relação mãe filho e família, promovendo a autoestima, o envolvimento e a ligação ao feto. Algumas Intervenções simples podem ser importantes para tornar as mães mais sensíveis às capacidades únicas dos seus filhos.

Em suma, as competências desenvolvidas durante o estágio com relatório, tem como linha orientadora, o regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, e as competências definidas pela International Confederation of Midwives promovendo uma

prática de cuidados que apoie o processo de vinculação entre mãe/pai e filho, ao longo do ciclo gravídico-puerperal.

Os objectivos deste relatório de estágio são:

- Analisar as estratégias desenvolvidas e os objectivos alcançados, ao longo do processo formativo, referente a unidade curricular estágio com relatório, a decorrer em contexto de bloco de partos;
- Analisar as competências adquiridas, decorrente dos momentos de aprendizagens,
- Refletir sobre as intervenções EESMO implementadas, que visam a promoção do processo de vinculação entre pais e filho;
- Refletir sobre a aquisição de novas competências, com vista a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Este trabalho foi desenvolvido a partir de cinco eixos principais – contextualização da problemática através da realização do quadro conceptual sobre a temática abordada, num segundo capítulo será abordado o modelo de enfermagem, que fundamenta a minha prática de cuidados, de seguida será apresentada a metodologia de pesquisa, e posteriormente apresentados os objectivos e as estratégias de intervenção. Por fim, será elaborada uma reflexão de todo o percurso desenvolvido.

1 – QUADRO CONCEPTUAL

1.1 – Diagnóstico de situação

Na sociedade atual a gravidez e a maternidade podem ser vividas pela mulher de uma forma altamente programada, organizada e apressada, sem ser “saboreada”, ou então como um fenómeno desprovido de qualquer significado intencional. O mercado de trabalho, a fraca política de proteção à maternidade, o escasso apoio de profissionais especializados e uma sociedade ainda marcada pelo poder decisório masculino, influencia em grande parte dos casos, a vivência da maternidade não como uma expressão de amor, mas como um culminar de interesses. Segundo Pedro (1985) a sociedade fornece apoios insuficientes à futura mãe e o regime de família alargada é quase uma raridade e os avós vivem longe dos grandes centros. Os futuros pais nunca tiveram oportunidade de cuidar de um recém-nascido, e simultaneamente são pressionados pelos meios de informação a serem pais perfeitos. Relvas e Lourenço (2001, p.154) citam Ausloos, referem que, uma das conclusões que se pode enunciar, é que, atualmente, poucos são os que estão verdadeiramente preparados para educar uma criança, mesmo quando essa criança foi realmente desejada e planeada. O facto de os casais optarem cada vez mais por terem apenas um filho, torna-os extremamente inseguros, sem oportunidade para “errar”. Os peritos no tema estão de acordo em dizer que se está menos preparado agora que anteriormente para esta função essencial (Canavarro, 2001). Pode-se considerar que muitos dos pais sentem-se perdidos, no turbilhão de sentimentos, emoções, inseguranças, que todo o processo de ser mãe/pai implica. De acordo com Brazelton (1992), os pais de hoje cresceram em famílias pequenas sem bebés à sua volta, pouco aprenderam e praticaram sobre as competências da maternidade ou paternidade. Constata-se que conceito de família, sofreu mudanças estruturais evidentes, resultantes de mudanças sociais, económicas e relacionais. Para Martins (2008)

“As mudanças ocorridas na estrutura familiar e social tem vindo a constituir-se como factores que desafiam o desempenho das funções parentais nos dias de hoje, nomeadamente pela complexidade de competências e saberes necessários aos pais, para cuidar, proteger, desenvolver a afectividade e a socialização da criança, que podem comprometer o positivo exercício do papel parental”

Leal (2005) alega que, os casais de hoje tem filhos porque é suposto terem filhos, porque está na altura, na idade, porque os pais e o meio circundante o reivindica, o que provoca nestas pessoas um sentimento desconfortável de estarem a falhar. Neste sentido são vários os casais que procuram incansavelmente respostas certas, nos livros e manuais de maternidade que lhes oferecem instruções, mas que ditam um vazio ao nível das relações interpessoais.

Antes de nascer o bebé, este já condensa em si o modo como os pais se sentiram filhos e a forma como se imaginaram pais, estes são factores essenciais que irão condicionar a relação precoce e em consequência o desenvolvimento do bebé (Sá, 2003). A gravidez é assim um processo de transição, mudança e enriquecimento e não um momento de espera passivo. É uma experiência de vida que permite à mulher/casal reorganizar papéis e funções no seio familiar e acima de tudo estabelecer uma ligação afectiva com aquele ser único, que é o seu filho. É inquestionável a premissa de que o comportamento de recém-nascido é modelado ao longo dos nove meses que permaneceu *“in útero”*, e que por sua vez influencia o comportamento da mulher. Podemos constatar que desta interação primitiva nasce a vinculação precoce. Vinculação refere-se à ligação emocional especial que o bebé desenvolve com o seu prestador de cuidados durante o primeiro ano de vida (Bowlby, 1988). Bowlby (1988) alega que o desenvolvimento da vinculação é uma adaptação essencial da espécie humana, uma vez que estes nascem vulneráveis ao perigo, o prestador de cuidados funciona como refúgio seguro, fonte de conforto e proteção. Bowlby (1984) em concordância com Ainsworth, refere que existem claramente duas variáveis significativas na construção do comportamento de apego: a sensibilidade da mãe em responder aos sinais do seu bebé e na quantidade na natureza da interação entre mãe e o bebé. O conceito de vinculação reporta-nos para um processo essencial à sobrevivência da espécie humana. De acordo com Sá (2003, p. 22) “ O ser humano nascerá, então preparado para estabelecer laços emocionais com indivíduos especiais, sendo esta característica, uma componente básica da natureza humana que se prolonga durante toda a vida”. Neste sentido, existem inúmeras evidências científicas de que a gravidez e o parto interferem significativamente no desenvolvimento afectivo da mãe com o bebé (Figueiredo, 2003). O feto possui um vasto repertório de comportamentos complexos que lhe permitem interagir com o meio intrauterino e

extrauterino. Para Sá (2003) as competências interativas do feto são muito expressivas a partir do quarto mês de gravidez, emociona-se, angustia-se, constrange-se com as expressões mais rígidas da personalidade da mãe, alegra-se e deprime-se ao ponto de inibir o seu crescimento. Assim, o processo de vinculação antecede o nascimento. Brazelton (1992) refere ainda que mesmo após o nascimento esta ligação pode não ser imediata e compensadora e o ritmo de cada passo em direção a uma vinculação íntima e compensatória varia muitíssimo de uns pais para outros. Esta é uma verdade inequívoca e consolidada no meio científico. No entanto esta verdade ainda não chegou aqueles que podem ser os grandes beneficiários, a mulher/casal. De acordo com esta perspectiva considero emergente capacitar a mãe e o seu companheiro/pai, para a vivência desta relação íntima, para que estes sejam, capazes de construir uma ligação ao seu filho, que lhes permita dar segurança e proteção. O EESMO é assim o elemento da equipa de saúde que não só se encontra numa posição privilegiada para desempenhar este papel, bem como o elemento que possui conhecimentos e competências científicas e relacionais que lhe permitem desenvolver estratégias que apoiem e promovam esta interação precoce. Num estudo desenvolvido por Mendes (2002), sobre a ligação materno fetal e suas implicações na vinculação, ficou explícita a importância da promoção e manutenção de intervenções personalizadas no contexto vivencial de cada grávida, dando especial relevo ao seu suporte social, nomeadamente o apoio de pessoas significativas e dos recursos de saúde. O momento do nascimento, envolve uma enorme carga emocional, para todos os intervenientes, é simultaneamente o momento privilegiado para a promoção deste vínculo. Cyrulnik (2001 p.52) define o mundo que rodeia o recém-nascido, como “um gigante sensorial, uma base de segurança a que chamamos mãe, em redor da qual gravita (...)”. Neste sentido o parto representa um marco importante nos laços que se estabelecem entre pais/filho, marcando uma nova etapa no percurso de vida da tríade. Assim torna-se essencial que os profissionais de saúde se encontrem dotados de conhecimentos e competências que favoreçam e promovam o bem-estar físico e psíquico dos atores envolvidos. Segundo Figueiredo (2005) referindo-se aos estudos de Devris, Wellemans-Camus e Landeur-Heyrant (1983)

“A investigação conduzida neste domínio mostra ainda que de acordo com as práticas definidas pela instituição, quanto mais a mãe está envolvida e participa nas decisões

relativas ao parto, assim como nos cuidados a restar ao bebé logo a seguir ao parto, maior é a sua satisfação e o seu envolvimento emocional com o filho” (Leal, 2005).

1.2 – Conceito de Vinculação

No final do século XIX, os avanços científicos na área da medicina provocaram uma mudança no conceito de maternidade, a mãe intuitiva, virtuosa afectiva já não era suficiente para assegurar de forma adequada a criação de uma criança. Precisava de ser cientificamente treinada (Fidalgo, 2003). Assim as mães, passam a ser encorajadas a educar os seus filhos baseadas em pressupostos científicos, rigorosos, como se fossem conduzidas por livro de instruções. Esta concepção iria ser abalada com a divulgação da pesquisa realizada por um médico psiquiatra, Bowlby, em 1950. Este defende que o ser humano nasce preparado para estabelecer laços emocionais, com indivíduos especiais e possui uma função biológica de procura de suporte e proteção, na medida em que esse outro está mais apto para lidar com o mundo (Sá, 2003). Desta forma o autor rompe com a teoria das pulsões, em que o comportamento da criança deve ser monitorizado e assiduamente controlado, para uma teoria do desenvolvimento da personalidade baseada no tipo de relação que estabelece com a mãe. Por comportamento de vinculação, Bowlby entende todo comportamento do recém-nascido que tem como consequência e como função criar e manter a proximidade ou o contacto com a mãe (Montagner, 1996). Para Figueiredo (2003), citando Bowlby (1989) a vinculação materna, também chamada de *bonding* ao bebé, define-se como relação emocional única, específica e duradoura, que se estabelece de modo gradual, desde os primeiros contactos e traduz-se num processo de adaptação mútua no qual ambos os intervenientes participam ativamente. De acordo com Fidalgo (2003), citando Bowlby (1969) o sentimento de segurança que é adquirido vem a constituir um elemento essencial que permita á criança, aquisição de competências, para a exploração posterior do mundo. Segundo Rata (1999, p.34) a “ (...) instauração de uma boa relação afectiva triangular, entre os pais e o filho, durante a gravidez prepara a que se seguirá ao nascimento”. A ligação precoce entre mãe/pai e o seu filho, influencia o seu desenvolvimento cerebral, emocional, relacional, cognitivo e comportamental ao longo de toda a sua vida. Para Montagner (1996) a qualidade da vinculação entre a mãe e o

seu filho influência de maneira decisiva os sistemas relacionais da criança ao longo de todo o seu desenvolvimento. Torna-se emergente promover intervenções que visem estimular esta ligação emocional única. Segundo Brazelton & Cramer (2004) citado por Leal e Maroco (2010) a vinculação precoce inicia-se no segundo trimestre da gravidez a par da presença dos movimentos fetais que marcam a existência do feto, o qual começa a interferir na possibilidade de uma relação. O processo de vinculação entre pais e filho decorre ao longo de três momentos diferentes, designados por vinculação pré natal, vinculação perinatal e vinculação pós natal (Sousa, 2004). Pode-se concluir que neste processo interfere numerosos factores de cariz físico, psicológico e sociocultural, referentes à gravidez ao parto e pós parto imediato.

1.3 – Vinculação Pré-Natal

A gravidez surge assim no ciclo vital da mulher/ casal, como momento único, uma experiência dotada de uma enorme carga emocional. Para Brazelton (1992, p.7) “[...] a gravidez é, com certeza, tempo para aprender o mais possível sobre si mesma e sobre o futuro novo papel”. Nesta fase vive-se um processo de adaptação física, redefinição de papéis e de identidade, bem como uma reestruturação da imagem social da mulher ou do casal. A gravidez desencadeia na futura mãe, uma autêntica revolução psicossomática, necessária para receber o bebé e promover o seu desenvolvimento (Cepeda et al, 2005).

Para Figueiredo (2006) a gravidez promove um conjunto significativo de aquisições, motiva a reaproximação à família de origem e uma revisão dessa relação. Permite assim uma exploração de angústias, medos, desencontros de forma, a que mãe possa ser ela o elemento de proteção e suporte que o seu filho precisa na adaptação ao meio extrauterino. Wachter, (2002) citado por Schmidt (2009) refere que a qualidade do relacionamento de vinculação entre os pais e seus progenitores, reflete-se no seu estilo de vinculação com a criança. Assim cada bebé que vai nascer, já comporta uma história de vida, que é preenchida pelas fantasias dos pais, os desejos da família, as vivências dos pais ao longo da gravidez bem como a dinâmica afectiva entre mãe e pai. Sob o ponto de vista psicológico, o desenvolvimento da gravidez passa por três tarefas (aceitação da gravidez, percepção do feto, aceitação do feto como ser separado de si)

associadas aos três estádios de desenvolvimento do feto. No primeiro estágio a mulher adapta-se à notícia da gravidez, no segundo o feto começa a ser entendido como um ser que viverá separado da mãe e no último estágio o feto começa a ser entendido como um ser individual, com características próprias (Brazelton, 1992). Estas fases permitem à mulher e casal prepararem-se física e psicologicamente para o nascimento do seu filho. O feto não se encontra isolado dentro do útero, mas estabelece um relacionamento indireto com o mundo externo. O comportamento do recém-nascido é assim modelado ao longo dos nove meses que permanece no útero, são vários os estudos que apontam para a influência de determinados factores no desenvolvimento do feto, nomeadamente alimentação, medicação, hormonas, drogas e atitudes e sentimentos vivenciados durante a gravidez. O feto é um ser ativo que processa, filtra e integra informação proveniente do meio que o envolve, dando-lhe um significado (Sousa, 2004). De acordo com Sá (2003, p.9) “ (...) as competências do bebé, construídas e preparadas ao longo do desenvolvimento pré-natal, são convergentes às competências parentais”. Sabe-se que o bebé é capaz de sentir algumas alterações emocionais, ritmos de sono, de atividade bem como níveis intensos de ansiedade por parte da mãe “in útero”. Para Sousa (2004) as interpretações dos pais em relação aos movimentos fetais, assim como o comportamento de acarinhar o feto através da região abdominal materna e de falar com o bebé constituem já uma forma de relação e de comunicação. Sá (1995) citado por Sousa (2003) refere que a vida comportamental e mental do feto vai-se desenvolvendo progressivamente com a construção de modelos de representação da mãe, através dos quais ela percebe o seu universo, ainda antes do nascimento. Assim o feto, necessita de sentir acolhido, desejado e compreendido, para se sentir seguro, ainda no útero da mãe. O estudo desenvolvido por Schmidt (2009) sobre a vinculação pré-natal, o autor refere que, é durante a gravidez que se começa a estruturar uma relação de vinculação e as grávidas que participaram em curso de preparação para o nascimento, evidenciaram níveis de vinculação materna mais elevados, construindo uma relação íntima, segura e emocional com o seu filho, de forma a poder dar resposta as suas necessidades físicas, emocionais e relacionais. Para Mendes (2002) a preocupação dos profissionais de saúde no âmbito da vigilância pré-natal, deve estar na promoção de uma relação positiva entre mãe e feto centrada no contexto familiar.

1.4 – Vinculação Perinatal

Os primeiros tempos de vida são determinantes no processo de desenvolvimento do recém-nascido e na sua forma de interagir com aquilo que o rodeia. Este modelo de relação serve assim de base a uma imagem que a criança constrói de si mesma e dos seus cuidadores e influencia a relação com os outros. Hoje sabe-se que os recém-nascidos são agentes ativos na interação, as suas capacidades sensoriais, são bem conhecidas, o que permite aos pais um diálogo enriquecedor com o seu filho, logo após o nascimento. Bowlby (1984), defende que o recém-nascido, vem equipado com uma série de competências vinculativas, o seguir o olhar, o chorar, o agarrar e o sorrir são exemplos disso. Para Bowlby (1989) e Ainsworth (1994), citado por Schmith (2009) a qualidade da vinculação está intimamente ligada à reciprocidade dos pais em responder as necessidades do filho, em oferecer-lhes segurança e uma noção de bem-estar e confiança.

O parto é um momento determinante para o desenvolvimento desta relação, em que determinados factores podem inibir ou promover esta ligação. Figueiredo et al (2000) conclui que, quanto mais cedo a mãe contacta com o recém-nascido nos momentos que se seguem ao parto, mais rapidamente se observa o seu envolvimento emocional ao filho. Desta forma o contacto precoce pais/recém-nascido, desde as primeiras horas de vida e durante a estadia na maternidade e nomeadamente a promoção de um ambiente calmo, íntimo e protetor são propícios ao desenvolvimento da relação precoce entre pais/filho (Cepeta et al, 2005).

O recém-nascido imediatamente após o nascimento apresenta a capacidade, de interagir com o meio que o rodeia, e de integra-lo no seu “eu”. No entanto, hoje em dia ainda há pais, que não se encontram sensibilizados para as competências do seu filho, e para todo o processo de interação. De acordo com Widmayer e Field (1980), intervenções simples podem ser suficiente para tornar as mães mais sensíveis às capacidades únicas do seu bebé, e exercer níveis de estimulação adequados, nomeadamente durante o nascimento (Canavarro, 2001). O EESMO que presta cuidados á mulher/RN/pai durante o trabalho de parto, deve desenvolver intervenções de incentivo e apoio á vinculação entre a tríade, neste que é considerado por muitos um período crítico na construção de laços emocionais. Todos os pais anseiam pelo

contacto visual com o seu filho, após o parto. O contacto visual com recém-nascido é determinante para a primeira interação. De acordo com Sá (2003) a capacidade visual do recém-nascido possui uma forte componente de adaptação, no sentido de unir os pais ao seu filho. A capacidade de ouvir é evidente durante o nascimento, a voz materna tem repercussões no bem-estar do recém-nascido. Almeida e filho (2004) citando Walley (1989), refere que nos primeiros trinta minutos de vida o recém-nascido permanece em estado de alerta, chorando vigorosamente e apresentado o reflexo de sucção desenvolvido, os seus olhos permanecem abertos, sendo uma oportunidade única para a vinculação. Este é também um dos momentos ideais para iniciar o processo de amamentação. Segundo Amaral (2009), que cita OMS, alega que o aleitamento materno promove o vínculo afectivo mãe/bebé, e que promove o desenvolvimento mental da criança e o seu relacionamento com as outras pessoas. Para Cruz et al (2007) é essencial minimizar o impacto da transição, entre o meio intrauterino e extra-uterino, sendo essenciais medidas de promoção do laço afectivo entre pais/filho, entre elas, um ambiente calmo, tranquilo, uma luz difusa e o contacto corporal imediato entre mãe e recém-nascido. Lamaze (2003) alega que o contacto pele a pele entre mãe e recém-nascido, nos primeiros minutos de vida, ajuda o recém-nascido a sentir-se seguro e a estabelecer um vínculo entre ambos. A primeira hora de vida é para muitos autores o período alerta do RN, sendo uma fase sensível, precursora de laços afectivos.

Torna-se preponderante proporcionar à mulher/casal um ambiente promotor do processo de vinculação durante o período perinatal e pós natal. Desta forma o Enfermeiro especialista de Saúde Materna e Obstétrica deve conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções com a finalidade de promover a saúde mental, da mulher/casal no processo de transição para a parentalidade (OE, 2010).

1.5 – Vinculação Pós-natal

O período pós natal é um momento de reajustes, físico, emocional e social, mas também é, o momento ideal para reforçar laços afectivos, e dar continuidade ao processo de vinculação iniciado na gravidez. Segundo Figueiredo (2003) O *blues* pós-parto, constitui uma expressão subjetiva da ativação puerperal do sistema biológico que promove a ligação afectiva da mãe ao bebé. A mãe após o nascimento encontra-

se num estado de hipersensibilidade a estímulos, resultado da função hormonal, que desencadeiem uma resposta emocional e de interação entre mãe e filho.

O nascimento de um filho pode, assim, constituir um marco de consolidação do projeto de vida do casal, no entanto, em alguns casais pode representar um obstáculo à relação conjugal pré-estabelecida (Canavarro, 2001). É sem dúvida uma fase de grandes alterações a nível social e de interação entre o casal, sendo de esperar a aquisição de novos papéis e reorganização e reajustes ao nível da relação com os outros. Com a aquisição de novos papéis, a vinculação entre pais/filho tende a sair reforçada, e a continuidade das interações tem um papel preponderante neste processo, no entanto são vários os factores que parecem influenciar a qualidade da vinculação que se estabelece entre pais e filho neste período. Segundo Brazelton e Cramer (1992, p.89) é nesta fase que se constata “que as famílias mais felizes são aquelas que a individualidade do bebé se harmoniza com a capacidade de família para cuidar dele”. Esta capacidade de aceitar e perceber as reações do seu filho, é um processo que se inicia ainda durante a gravidez, sendo então um factor facilitador do reforço dos laços emocionais duradouros. Parentalidade descrever-se como um “processo de incorporação e transição de papéis que começa durante a gravidez e que termina quando o pai/mãe desenvolvem um sentimento de conforto e confiança no desempenho dos respectivos papéis” (Lowdermilk e Perry, 2008, p. 522).

O período pós natal é para a nova família um momento de construção e reforço da interação entre os implicados, cuja capacidade de aceitar, amar e ajudar a crescer o bebé, são das tarefas mais desafiadoras que se coloca á nova família. Nesta perspectiva o papel do EESMO nesta fase é preponderante, na adaptação aos novos desafios que se coloca á mãe/pai e filho, para que o processo de vinculação, possa concretizar-se em pleno.

1.6 – Vinculação e a Paternidade

Ao longo da história, a gravidez e o parto foram vividos como acontecimentos femininos, o papel do pai seria o de mero expectante. Para Brazelton e Cramer (1992, p. 40) citando Bell (1984) “ os pais do nosso passado eram descritos como sendo alheios, ausentes e refractários a expressar emoções”. Durante muito tempo foi subvalorizado o papel do pai na construção de laços emocionais, suporte afectivo e

interveniente nas decisões referentes a gravidez e parto. Atualmente a gravidez, o parto e vinculação são fortemente influenciados pelas atitudes do pai. De acordo com Brazelton e Cramer (1992, p. 48) que citam Parke (1986) “O apoio emocional do marido durante a gravidez contribui para a melhor adaptação da mulher ao processo de gestação [...] com uma experiencia mais positiva de nascimento”. De acordo com Leal (2005) o papel do pai está em mudança, participa e envolve-se cada vez mais no processo de gravidez, no parto e nos cuidados dispensados ao recém-nascido, e o seu envolvimento na relação conjugal e suporte que dá à mulher são decisivos no bem-estar e autonomia da criança. Durante a gravidez também ele vive também uma série de sentimentos novos e intensos, pode sentir alegria, isolamento e medo, que o ajudarão a adaptar-se a nova fase da vida. Assiste-se nos dias de hoje a uma partilha não só da gravidez, mas também do momento do parto. A abertura da sala de partos aos pais, no decorrer das últimas décadas, permitiu o contacto com uma realidade que até então lhes era praticamente inacessível.

Para Motta e Crepaldi (2005, p. 106) “vivenciar ansiedades próprias do trabalho de parto, e possíveis sensações de angústia, torna-se mais difícil quando a mulher não está acompanhada de um parente ou de seu companheiro”.

Todavia, é fundamental referir que nem todos os homens se sentem preparados para um momento destes: a ideia de ver nascer o filho pode desencadear, eventualmente, ansiedade e angústia, no entanto, muitos pais entram na sala de partos sem dúvidas ou hesitações. Sentir que faz parte integrante do nascimento pode ser importante para a construção do seu papel como pai (Brazelton, 1989).

Para Barros (2006) a presença do acompanhante tem vários benefícios, nomeadamente, ao nível da formação de laços afectivos familiares. O envolvimento do pai, durante o trabalho de parto, reforça a sua identidade como agente participativo e ativo, reduzindo a sensação de estar excluído. Este envolvimento além de reforçar os laços afectivos com a mulher, favorece a vinculação precoce (Brazelton, 1989).

1.7 - Competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica

Segundo os conceitos chave da, confederação internacional de parteiras, a prática do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia, deve refletir uma aliança entre mulher/família de forma a promover o autocuidado e a beneficiar a saúde da mulher,

criança e família (ICM, 2002). Segundo Delassus (2000, p. 157) “ (...) a criança antes de nascer, é um ser dotado de sentimentos, de recordações e de consciência. O período pré natal reveste de extrema importância, na construção desta relação única entre pais e filho. Neste sentido, considero determinante para o bem-estar da tríade mãe/pai/filho, que o enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia desenvolva intervenções que visam promover a relação emocional segura entre os eles, de forma a desenvolver as etapas do processo de vinculação. A OE (2010) definiu um conjunto de unidades de competências essenciais que permitem a promoção da vinculação no período pré natal, que são: conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas, projetos e intervenções de promoção da saúde pré natal nomeadamente no contexto da preparação para a parentalidade responsável, da saúde mental na vivência da gravidez, na promoção do aleitamento materno e na promoção do plano de parto, de forma a “humanizar” a gravidez e a apoiar a vinculação pré natal. A OE (2010) refere que o EESMO, informar e orientar sobre estilos de vida saudáveis na gravidez, identificar e monitorizar desvios ao padrão de adaptação à gravidez, como intervenções de suporte ao processo de vinculação pré natal. Segundo (ICM, 2002) o modelo de cuidados do Enfermeiro de Saúde Materna e Obstétrica inclui a monitorização do bem-estar físico, psicológico, espiritual e social da mulher, e da família durante o ciclo reprodutivo e facultar a mulher educação para a saúde individualizada, aconselhamento e cuidados pré-natais. Torna-se emergente que o Enfermeiro de Saúde Materna e Obstetrícia desenvolva capacidades promotoras da ligação pais/filho, bem como de avaliação e monitorização desta relação.

De acordo com Burroughs (1995, p.154) “O período do trabalho de parto e parto, apesar de curto, se comparado com a duração da gestação, é, talvez, a etapa mais dramática e significativa para a futura mãe, a criança e a família”. Para Silva (2010) “o Enfermeiro de Saúde Materna e Obstetrícia, encontra-se numa posição privilegiada para adequar os cuidados a prestar ao bem-estar das famílias” (Graça, 2010, p. 162). A OE (2010) refere que o EESMO cuida da mulher inserida na família e na comunidade durante o trabalho de parto, efectuado o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido e na sua adaptação à vida extra uterina, definindo unidades de competências que visam a promoção do processo de vinculação durante o período perinatal, nomeadamente a concepção, planificação, implementação e avaliação de intervenções de conforto e bem-estar da

mulher/companheiro, promoção do aleitamento materno, optimização das condições de saúde da mãe e do seu filho, adopção de medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e companheiro.

A OE (2010) alega que o EESMO encontra-se numa posição ideal para avaliar a saúde da mulher/família e orienta-la no processo de adaptação, que corresponde ao período pós natal, potenciando o máximo de saúde da puérpera e do recém-nascido, promovendo e apoiando o processo de vinculação entre a tríade. Para a OE (2010) o EESMO concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, apoio e protecção do aleitamento materno, apoio à adaptação pós parto, promoção da saúde mental na vivência do puerpério, suporte emocional e psicológico à puérpera/companheiro. A OE (2010) definiu como unidade de competência do EESMO, informar, orientar e apoiar a mãe/companheiro para o auto cuidado e para o cuidado ao seu filho, como intervenção de suporte ao processo de vinculação.

Neste sentido, considero fundamental desenvolver competências especializadas que promovam o processo de vinculação, desde o planeamento da gravidez, no parto e puerpério. De acordo com o que se encontra estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros (2010), pretendo desenvolver competências no cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de optimizar a saúde da parturiente/família e do recém-nascido e na sua adaptação à vida extra uterina. Tendo como alicerce intervenções básicas essenciais à promoção da vinculação entre mãe/pai/recém-nascido.

2 – QUADRO DE REFERENCIA PARA A PRÁTICA ESPECIALIZADA

O relatório de estágio pressupõe uma planificação dos cuidados de enfermagem, de forma a desenvolver competência adicional, tendo como base um quadro de referência para a prática. O modelo conceptual que orienta a prática de cuidados, reflectida neste relatório é o modelo de Betty Neuman. O modelo de Betty Neuman é baseado na teoria dos sistemas, foi construído a partir da visão multidimensional dos indivíduos, grupos e comunidades, estes estão em constante interação com stressores ambientais (Neuman e Fawcett, 2011)

De acordo com George e Colaboradores (1993, p. 228) o Modelo de Neuman “focaliza a reação do cliente ao stress e os factores de reconstituição ou adaptação”. Este modelo é concebido com base no pressuposto que a pessoa está em constante interação com o meio, e que a estabilidade da pessoa depende da resposta desta, aos diferentes factores ambientais. O Modelo de Neuman apresenta-nos os conceitos de pessoa, cuidados de enfermagem, saúde e ambiente.

Segundo Riehl-Sisca (1992, p. 54) “a pessoa é um ser individual constituído por cinco variáveis (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e do desenvolvimento) em harmonia com o ambiente.” À luz dos conceitos definidos por Neuman pessoa é então um sistema aberto, dinâmico, em constante interação com o meio. Este sistema é constituído por uma estrutura nuclear de defesa, que tem como finalidade manter o sistema em equilíbrio com meio, sendo composto por três linhas de defesa. A mais exterior de denomina-se linha flexível de defesa, que resulta da interação das 5 variáveis interna (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento) e da sua capacidade para impedir que os agentes stressores atinjam o sistema. Depois temos a linha de defesa normal, que corresponde à resposta do sistema aos agentes stressores, e à sua forma de manter o máximo de bem-estar. Por ultimo, o sistema possui a linha de resistência, que corresponde à proteção máxima da integridade do sistema, que coincide com os recursos mais internos de defesa aos stressores, nomeadamente os mecanismos de coping.

O ambiente é visto como, a totalidade das forças internas e externas que rodeiam a pessoa e com as quais interagem (Neuman e Fawcett, 2011). Estas forças incluem os stressores que podem afectar a linha de defesa e por conseguinte a estabilidade do sistema. Existem três tipos de stressores: intrapessoais, que se produzem no interior

da pessoa, interpessoais, que resultam da interação com outras pessoas e extra pessoais, que tem origem fora do sistema.

A saúde é um processo dinâmico, que se situa num ponto entre o contínuo entre bem-estar/doença, corresponde à estabilidade ideal do sistema ou até ao estado de bem-estar ideal num determinado momento (Neuman e Fawcett, 2011). Para Sisca (1992) Há oscilações do bem-estar quando os stressores são capazes de penetrar a linha flexível de defesa.

De acordo com Neuman e Fawcett (2011), os cuidados de enfermagem, tem como principal objectivo manter ou restaurar a estabilidade do sistema. As intervenções de Enfermagem emergem, através de três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária, e visam reduzir o efeitos dos agentes de stress sobre a pessoa (Lopes 1999). A prevenção primária tem como objectivo manter a estabilidade do sistema, reforçado a linha de defesa flexível de defesa, são ações que incidem sobre a promoção de saúde. A prevenção secundária pretende reforçar a linha de defesa normal, de forma a proteger o núcleo do sistema dos agentes de stress, que põem em causa o equilíbrio de todo o sistema, nomeadamente intervenção num estágio precoce de sinais e sintomas de desequilíbrio. A prevenção terciária, visa atingir novamente o ponto de equilíbrio entre a pessoa e o ambiente, quando interação entre estas duas identidade, provocou alguma ruptura, o objectivo da intervenção consiste na reestruturação do equilíbrio do sistema.

O fenómeno da gravidez e do parto, também pode ser sentido com um acontecimento que vai marcar mudanças abruptas na vida do casal, que estava em equilíbrio, e que vai procurar readaptar-se aos factores de stresse, que emanam do processo de gravidez, parto e pós parto.

Cabe a Enfermeira especialista de Saúde Materna e Obstetrícia apoiar num processo de adaptação e reajuste do casal, durante a gravidez, parto e pós parto, na reorganização da dinâmica familiar e na aceitação deste novo elemento, a fim de atingir o seu reequilíbrio. Neste sentido a Enfermeira especialista de Saúde Materna e Obstétrica concebe, planeia e implementa intervenções, com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável, de modo a que os factores de stresse inerente ao ciclo gravítico, nomeadamente alterações fisiológicas, psicológicas e sociais, não afectem a linha de defesa natural da grávida/casal, bem como no período do perinatal e pós-natal. Esta linha de defesa normal pode ser reforçada através da intervenção do EESMO com

estratégias de educação para a saúde, em que se informa e educa a mulher/casal para a vivência da relação mãe/pai/filho, bem como o contributo desta relação no bem-estar da tríade. As intervenções que considero essenciais, para a prática de cuidados de saúde do EESMO, promotoras do processo de vinculação entre mãe/pai e filho, são descritas no modelo de sistema de Neuman: fornecer informação, apoiar estratégias de *coping* e funcionamento positivo, motivar no sentido do bem-estar, educar e reeducar, utilizar o stresse como estratégia de intervenção positiva.

Para Ordem dos Enfermeiros (2010) o Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia deve cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detectar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal, bem como no cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido e na sua adaptação à vida extra uterina. O processo de vinculação é um caminho que se percorre durante a gestação, parto e pós parto, que inúmeros factores externos e internos, podem influenciar todo o processo, cabe ao EESMO, o papel de suporte e promoção nesta ligação única e da proteção do projeto de vida de cada família.

3 - METODOLOGIA

Este relatório reflete o percurso, por mim efectuado, que visa a aquisição de novos conhecimentos/competências pautado por uma pesquisa científica e momentos de prática supervisionada, com objectivos previamente definidos. De acordo Com Fortin (1999, p. 17), que cita Burns e Grove (1993) a investigação científica define-se como “um processo sistemático, efectuado com o objectivo de validar conhecimentos já estabelecidos e de produzir outros novos que vão, de forma direta ou indireta, influenciar a prática”

3.1 – Revisão sistemática da literatura

Para Galvão et al (2004, p. 550) “ a revisão sistemática da literatura é uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionada com a questão específica: a pergunta pode ser sobre causa, diagnostico ou prognóstico de um problema de saúde, mas frequentemente envolve a eficácia de uma intervenção para a resolução deste”:

Como ponto de partida para a revisão sistemática da literatura foi formulada a seguinte questão em formato PI[C]O: **“Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica, promotoras do processo de vinculação entre país e filho?”**.

P	Participantes	Pais/filho	Descritores
I	Intervenções	Intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica	Maternal attachment, parental bonding, newborn, birth, baby, midwifery care, intervention during pregnancy, pregnancy, transition parenthood, attachment, mother

			fetus relationship
O	Resultados	Vinculação	Nursing, midwifery, obstetric maternal-fetal, parent- newborn

Quadro 1 – Elaboração dos descritores a partir da questão em formato PI[C]O

Foi utilizado o motor de busca EBSCO host, com acesso a duas bases de dados: CINAHL (*Plus with Full Text*) e MEDLINE (*Plus with Full Text*). Por meio de pesquisa de operadores booleanos foram introduzidas os descritores, que se encontram agrupados, os que pertencem ao mesmo conceito por OR e ligando as que pertencem a conceitos diferente por AND.

Os descritores foram procurados em texto integral em Janeiro de 2012, retrospectivamente até 2000 com a seguinte orientação: [(“pregnancy” OR “mother” OR “fetal” OR “relationship” OR maternal-fetal) AND (“bonding” OR “attchement” or “parental bonding”) AND (“nursing” OR “midwifery”)] AND (newborn or Bonding) Obteve-se um total de 52 artigos: 40 artigos na CINAHL e 12 artigos na MEDLINE, os quais foram submetidos a uma nova seleção pela leitura do título e ou resumo.

3.2– Critérios de Seleção dos Artigos

Os critérios de inclusão, para a seleção dos artigos encontrados na pesquisa foram, artigos baseados em estudos científicos, com foco na problemática delineada, disponibilidade dos artigos em texto integral, realizados no espaço temporal desde o ano de 2000 a 2012 e publicados em Português, Inglês francês e Espanhol

Guyatt e colaboradores (2002) preconizam que as revisões sistemáticas da literatura devem levar em conta a evidência dos últimos cinco anos. No entanto, considerou-se um período temporal de doze anos, de modo a beneficiar de uma maior abrangência face ao conhecimento existente sobre a matéria em análise

Foram excluídos todos os artigos ou linhas de orientação para a prática clínica e sem relação com a problemática em estudo, repetidos nas duas bases de dados, com data anterior a 2000 e que não apresentassem texto completo, em línguas que não o Português, Inglês, Francês e Espanhol, que não fossem estudos científicos, sem texto

completo e todos aqueles sem relação com o objecto de estudo, tendo sido estes os critérios de exclusão.

No final obtiveram-se 11 artigos, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão acima enunciados, cujos resultados foram sujeitos a análise. Para tornar perceptível e transparente a metodologia utilizada explicita-se a listagem dos 11 artigos selecionados para o corpo da análise, que constituíram o substrato para a elaboração da discussão e posteriormente a conclusão (apêndice 1)

3.3 – Resultados

Para DiPetro (2010) numa revisão sistemática da literatura que realizou sobre o processo de vinculação concluiu que, o processo de vinculação materno-fetal começa na gravidez e aumenta gradualmente, culminado com o nascimento. Cannella B. (2004) refere ainda que existe uma correlação positiva entre a vinculação pré-natal e a interacção após o parto. Os pais durante a gravidez vão assim construindo uma relação emocional com o feto. Este não se encontra isolado “in útero”. Para DiPetro (2010) a ansiedade materna e os factores de stresse materno têm sido associados a níveis mais altos de atividade motora fetal e no aumento da variabilidade da frequência cardíaca fetal, tal como o contacto com a pele materna durante a gravidez se revelou indicador de ativação motora fetal (DiPetro, 2010). Assim, da análise dos artigos científicos, pode-se concluir que existem factores que podem influenciar o processo de vinculação pais/filho desde o planeamento gravidez. De acordo com Cannella B. (2004) existe uma correlação positiva entre o sistema de apoio à grávida e o desenvolvimento de uma relação de vinculação precoce, nomeadamente no relacionamento satisfatório com o pai do bebé.

Wilson M. Branco. et al (2000) num estudo que desenvolvido sobre a relação entre a dinâmica familiar, o apego dos pais ao feto e o temperamento infantil, concluíram que as mães com um suporte familiar saudável demonstram níveis de apego mais elevados. Existe evidência científica que fundamenta que o envolvimento emocional entre os pais e os bebés não é tão claro e imediato e positivo como se previa (Figueiredo, B. 2007). Segundo a autora existem inúmeros factores que podem influenciar o envolvimento

emocional inicial da mãe com o recém-nascido, nomeadamente, dor durante o parto, nível educacional das mães e o tipo de relacionamento com o pai.

Para Sanders L. (2006), num estudo que desenvolveu sobre a conveniência das intervenções de enfermagem no processo de vinculação, concluiu que as mães valorizam as intervenções das enfermeiras a nível educacional, nomeadamente as aulas de preparação para a parentalidade, ensinando sobre: competências do bebé, comunicação entre pais e bebé, o que pode afectar de forma negativa o seu bebé, antever as necessidades do seu filho. Neste estudo conclui-se também a importância da exploração do comportamento do recém-nascido em conjunto com os pais, como uma intervenção eficaz para aumentar o envolvimento entre os pais e o seu filho.

Mercer, R & Walker, L. (2006), referem que a informação é a melhor forma de tornar as mães competentes e segundo os mesmos autores, a informação e a formação que é dada aos pais são determinantes de forma a capacitá-los, para uma vivência de novos papéis. As intervenções educacionais são a base da relação entre pais e enfermeira, ainda no período de gravidez. Para Mercer, R & Walker, L. (2006) a educação realizada às mães deve ser individualizada, ao ritmo de cada mãe e deve estimular a comunicação entre mãe e bebé, através da linguagem verbal, toque, olhar e o sorriso. Os enfermeiros necessitam educar os pais para uma consciencialização das capacidades interativas do seu filho, através de informação escrita e de demonstração (Mercer, R & Walker, L., 2006; Sanders, L. 2006).

Para Tennant, J & Butler, M (2007) na interação paciente/ profissional de saúde está subjacente o conceito: compromisso mútuo de dar e receber informação compreensível e imparcial reconhecendo o direito do paciente à autodeterminação. Para estes autores o EESMO deve possuir um autoconhecimento de si mesmo, para ser “emocionalmente competente”, bem como possuir competências especializadas ao nível do apoio emocional e psicológico. Para Bohr, Y. et al. (2010) os projetos de preparação para o parto devem ter conteúdos sobre as competências do feto e do recém-nascido, de forma a facultar informação que lhes permita interagir com o seu filho. A educação aos pais passa por incentivá-los a refletir sobre os seus comportamentos (Bohr, Y. et al. 2010). Segundo este autor, a componente educacional das intervenções dos profissionais de saúde promove, aquisição de conhecimento, autoeficácia e a confiança e reduz o stresse parental e contribui para relação pais-bebé de forma positiva e

passam por: incentivar para a interação entre pais e bebé, corrigir comportamentos menos adaptativos e a partilha de dúvidas.

Deave, T & Jonhson D. (2008), num estudo que desenvolveram sobre as necessidades de apoio e necessidades educacionais dos pais, durante a preparação para a parentalidade, constataram que, os pais consideram importante a intervenção do EESMO, no controle da ansiedade associada ao nascimento, cuidados práticos ao recém-nascido, alterações na relação conjugal. Desta forma, pode minimizar os potenciais factores de stresse, permitindo aos pais estarem disponíveis para estabelecer uma relação com os filhos de uma forma mais plena.

Os vários estudos indicam a importância da relação de ajuda que se estabelece entre EESMO e os pais, esta relação de ajuda, favorece a expressão das suas emoções. O EESMO, deve possuir conhecimentos da área da saúde mental, deve proporcionar aos pais um ambiente calmo e tranquilo para falar (Miles, 2011). Neste sentido a intervenção do EESMO pode passar por, proporcionar aos pais, grupos de apoio, para estabelecerem relações de ajuda positivas (Miles, 2011). Nos cursos de preparação para a parentalidade, a partilha de experiencias entre dos pais, é uma das intervenções de enfermagem que contribuem para o reforço da relação pais-filho (Bohr, Y. et al. 2010). Neste sentido, segundo os mesmos autores, os pais, que frequentam os cursos de preparação para a parentalidade, devem ser apoiados ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal, nomeadamente em contexto de cuidados no domicílio.

John Condon (1993) concluiu que os pais, a vivenciar uma gravidez, desenvolvem uma ligação ao seu filho durante o período pré-natal, referindo-se a vinculação pré-natal, como a forma mais precoce e básica da intimidade humana, com importância clínica. Este médico psiquiatra desenvolveu a escala: Antenatal Emotional Attachment scale (Leal e Maroco, 2011). Nesta escala, são avaliadas duas dimensões da vinculação: a qualidade da vinculação e o tempo despendido na interação. Este autor definiu, assim, quatro relacionados com estilos de vinculação: pais muito preocupados, pais preocupados, mas com menos tempo dedicado a experiências de prazer, o terceiro correspondia a pais que passavam pouco tempo a pensar no feto e experimentavam menos afecto e por último pais embora preocupados com o feto, mas com preocupação desfasada da realidade ou estava acompanhada por sentimentos ambivalência (Leal e Maroco, 2011). Torna-se assim importante que os médicos, os enfermeiros, os educadores utilizem uma escala para avaliar o nível de vinculação entre pais e filho

(Gau. M & Lee, T, 2003). Esta avaliação permite aos diferentes profissionais de saúde, detectarem precocemente alterações, no processo de vinculação entre pais/filho, de forma a definir estratégias de intervenções, que visem colmatar o problema detectado.

Os autores Smith, N. Provikoff, D, (2009) analisaram as intervenções promotoras do processo de vinculação, após o nascimento, sendo elas: contacto pele a pele, amamentação precoce, alojamento conjunto, adiar procedimentos ao recém-nascido (administração vitamina K), promover ambiente confortável, promover posição face a face, incentivar a comunicação verbal entre os pais e o recém-nascido e permitir aos pais participar nos cuidados ao recém-nascido.

Ataweli, R; Roberts, J. (2010) estudou o conceito de vinculação e suas implicações, para a enfermagem obstétrica e conclui, que o papel do EESMO passa por facilitar a relação entre mãe e recém-nascido durante o período de maior receptividade do recém-nascido ao estímulo. O EESMO pode promover essa ligação através do contacto pele a pele após o nascimento, amamentação precoce e alojamento conjunto, devem encorajar a mãe a segurar, acariciar, olhar o recém-nascido, imediatamente após o parto. Neste estudo concluiu-se que existe um período sensível para o reforço da ligação, que corresponde à primeira horas após o nascimento.

Kesenia, B et al (2011) desenvolveu um estudo sobre as implicações do contacto pele-a-pele na vinculação e o estudo demonstrou que mãe e recém-nascido que beneficiaram de contacto pele com pele, influenciou positivamente a interação entre mãe e filho, quando avaliado 1 ano após o nascimento.

4 – AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A elaboração do presente relatório, pretende apresentar e analisar todo um percurso de aprendizagem, que permitiu o desenvolvimento de competências, para a prática de cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e obstetrícia, baseada em objectivos concretos, que me propus alcançar e que foram delineados na unidade curricular de opção (apêndice 2)

4.1 – Contextualização do Estágio com Relatório

A unidade Curricular estágio com relatório decorreu no Bloco de Partos do Centro Hospitalar de Setúbal, de dia 27 de Fevereiro a dia 27 de Julho, perfazendo um total de 750 horas, sendo 500 horas de estágio, 25 de orientação tutorial e as restantes de trabalho autónomo. No decorrer desta Unidade Curricular, estive sob a orientação da docente da ESEL, Professora Maria João Delgado, e da EESMO Antónia Prates.

Segundo o Documento Orientador da Unidade Curricular Estágio com relatório, pretende-se que no decorrer do ensino clínico, o futuro EESMO desenvolva competências que lhe possibilitem:

- Desenvolvimento de capacidades de utilização da metodologia científica e mobilização da evidência científica na prática de enfermagem especializada;
- Mobilização dos conhecimentos na prática de cuidados;
- Prestação de cuidados de enfermagem à mulher/RN/família no âmbito da transição para a parentalidade, em situação de saúde e de doença, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar da mulher/RN/família;
- Prestação de cuidados de enfermagem especializados á mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar da mulher/RN/família.

4.1.1 - Breve caracterização do local do Ensino Clínico

O Bloco de Partos e Urgência Obstétrica e Ginecológica encontra-se integrado no Departamento da Mulher e da Criança, do Centro Hospitalar de Setúbal. É um serviço que admite mulheres/família do foro Ginecológico e Obstétrico durante as 24 horas. Fica situado no 2º piso do edifício mais antigo do hospital, sendo que, as instalações atuais, foram inauguradas a 10 de Julho de 2005. Fisicamente, é constituído por dois espaços físicos distintos, separados por um corredor, num espaço localiza-se a Urgência Obstétrica e Ginecológica e Internamento de grávidas, e no outro o Bloco de Partos e Bloco Operatório. A equipa de enfermagem é constituída por vinte e seis EESMO e onze Enfermeiras generalistas. A equipa encontra-se organizada em cinco equipas de enfermagem, sendo que cada uma tem uma enfermeira chefe de equipa, distribuindo-se da seguinte maneira: um EESMO na Urgência Obstétrica, uma Enfermeira generalista no internamento, dois EESMO e duas enfermeiras generalista no bloco de partos. A metodologia de trabalho é o de Enfermeiro responsável. A equipa médica é constituída por sete equipas, cada uma composta por três médicos especialistas. A equipa multidisciplinar conta ainda com a colaboração de médicos anestesistas, pediatras, bem como outros técnicos de saúde que dão apoio a todas as equipas do Centro Hospitalar de Setúbal. Os objectivos da equipa de enfermagem, passam sobretudo, por fomentar o parto natural, a autonomia da mulher/família na tomada de decisão, possibilitando e defendendo uma prática de cuidados segura, que garanta o bem-estar materno-fetal, sem recurso a técnicas desnecessárias e invasivas.

4.2 – Análise dos objectivos

Este meu percurso formativo, sempre foi pautado por uma enorme vontade de aprender e crescer, talvez pelo facto de nunca ter trabalhado no bloco de partos, ou qualquer outro serviço hospital no âmbito da obstetrícia, pareceu-me ser um factor que me motivou, para uma disponibilidade e vontade de alcançar os objectivos que tinha traçado. A escolha da temática que pretendia desenvolver e aprofundar, durante a minha formação, nasceu de um interesse pessoal e profissional, anterior ao meu ingresso no Mestrado. Compreender a complexidade das primeiras interações na entre pais e o seu filho, ainda durante a gravidez, e as suas implicações nas relações e interações futuras e no processo de vinculação, foi um dos objectivos que me propus alcançar no decorrer do meu processo formativo. A temática que desenvolvi ao longo

do meu processo de aprendizagem em diferentes de ensinos clínicos, possibilitou-me desenvolver competências, traçando objectivos, planeando e executando atividades ao longo dos diferentes, contextos de cuidados (apêndice II). De forma a dar cumprimento aos indicadores de avaliação para a Unidade Curricular estágio com relatório, que se desenvolveu em contexto de Bloco de Partos, foi essencial a definição de objectivos pessoais, e as atividades para os alcançar, baseadas no regulamento de competências específicas para o Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia, definidas pela OE, e publicado no Diário da República, 2º série, N º35 de 18 de Fevereiro de 2011, regulamento 127/ 2011, (anexo 1) bem como nas competências definidas pelo ICM.

Objectivo 1

Desenvolver competências, através de uma prática de cuidados especializados que promovam a Saúde da Mulher e Família no período pré-natal de forma a potenciar a sua saúde, a detectar, a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

Durante o estágio, foi proporcionada a oportunidade de desenvolver, habilidades, e conhecimentos ao nível dos cuidados de Enfermagem Especializados a mulher/família durante o período pré-natal, em contexto de urgência, patologia da grávida ou trabalho de parto. Prestar cuidados à mulher/família no período pré-natal, na urgência Obstétrica, revelou-se um verdadeiro desafio, para mim, considero que trabalhar na urgência obstétrica, requer competências científicas, humanas e de liderança, em que priorizar as intervenções é essencial, para uma resposta adequada as necessidades do serviço/utentes. A riqueza de experiências, e o apoio da EESMO orientadora, capacitou-me para dar resposta adequada e atempada, as verdadeiras necessidades da mulher/família que recorre à urgência. Na urgência Obstétrica presta-se cuidados especializados á mulher/família, com desvios ao padrão normal de gravidez, sendo também o primeiro contacto que se estabelece com as grávidas em início de trabalho de parto. Neste sentido a OE (2011) defende que a intervenção do EESMO, no período pré-natal, passa pela capacidade de desenvolver três níveis de competência: promover a saúde da mulher durante o período pré-natal, diagnosticar precocemente e prevenir complicações. Realizei assim o acolhimento, as grávidas/parturientes e

famílias, que recorriam à urgência e também ao Bloco de Partos, como intervenção promotora de uma relação de confiança e como forma de conhecer as necessidades e vontades dos implicados. Realizei a colheita de dados relativos a grávida/parturiente, de forma a elaborar os diagnósticos de enfermagem, e planificar as minhas intervenções. Procedi à vigilância do bem-estar materno-fetal, pelos meios clínicos e técnicos adequados. A avaliação de diferentes registos cardiotocográficos, permitiu-me desenvolver competências técnicas, que até então não tinha tido oportunidade de desenvolver. Nas diferentes experiências que tive em contexto de urgência, no cuidar à mulher grávida inserida na família, realizei educação para a saúde de acordo com os problemas detectados e as necessidades do casal, nomeadamente ao nível dos sinais de alerta, e quais os procedimentos a adoptar, aleitamento materno e estilos de vida saudáveis. Considero que o objectivo delineado no início deste percurso, foi alcançado com êxito, o período pré-natal é sem dúvida um dos momentos críticos na vida da mulher/família, onde a Intervenção do EESMO é visa maximizar a saúde das mulheres e do seu filho. Segundo o ICM (2011) O EESMO possuem os conhecimentos e competências necessários de obstétrica, neonatologia, ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base de, cuidados adequados, culturalmente relevante e de alta qualidade a mulheres, recém-nascidos e famílias que esperam um bebé. Neste ensino clínico pude assim aperfeiçoar e adquirir novas competências, ao nível da intervenção no período pré-natal, nomeadamente na grávida com patologia, ou em contexto da urgência obstétrica.

Objectivo 2

Desenvolver competências, através de uma prática de cuidados Especializados à mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar da mulher/RN/família.

O estágio, é uma das componentes da formação prática, que se rege por requisitos preconizados das diretivas da União Europeia. Neste sentido, de forma a dar cumprimento as orientações ministradas, pela entidade formadoras, bem como as competências definidas pela OE (2011), desenvolvi um conjunto de intervenções que

visam cuidar da mulher/família durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação á vida extrauterina. Pretendeu-se promover a saúde da mulher durante o Trabalho de parto, otimizando a adaptação á vida extrauterina. (OE, 2011). Realizei 43 partos eutócicos, foi realizado o acolhimento à parturiente, em que foi promovida uma relação empática, num ambiente privado e tranquilo, visando o conforto e bem-estar da parturiente e pessoa significativa. Após este procedimento foi realizada a colheita de dados, e a detecção das necessidades da parturiente, bem como das suas expectativas e desejos em relação ao parto. Foi com agrado que constatei, que tendo vindo a aumentar o número de parturiente, que se fazem acompanhar por um plano de partos. Procedi a monitorização do trabalho de parto e respectivo registo no partograma, bem como avaliação da estrutura pélvica e cercicometria. Este procedimento, comporta uma vertente técnica, que pude aperfeiçoar, ao longo das diferentes experiencias de aprendizagem. Pelo que o seu aperfeiçoamento foi notório ao longo de todo o percurso. Em todos os momentos acompanhamento e apoio a parturiente e pessoa significativa, desenvolvi estratégias de promoção do aleitamento materno, promoção da vinculação, técnicas de respiração e relaxamento. Não posso deixar de salientar, como este contexto de aprendizagem é precursor de práticas promotoras do parto natural, pelo que tornou-se uma mais-valia no desenvolvimento de competências, na mobilização de medidas não farmacológicas no controle da dor, nomeadamente, hidroterapia, massagem, liberdade de movimentos, posições, musicoterapia e aromaterapia, bem como na promoção da participação ativa da pessoa significativa, ao longo do trabalho de parto. Além dos 43 partos realizados pude colaborar e apoiar em mais de 20 partos distócico, que por diferentes razões foram executadas pelo médico, nomeadamente por incompatibilidade feto-pélvica, sofrimento fetal, paragem na progressão do trabalho de parto. Considero que a partilha deste momento único na vida da mulher e pessoa significativa, superou, todas as minhas expectativas, a intensidade das emoções reporta-nos para uma experiencia profissional e pessoal de um valor incalculável, como descrevi no diário de aprendizagem (apêndice III). Dos 43 partos realizados, foi necessário proceder a 22 episiorrafias, e 10 reparações do canal de parto, que resultaram de lacerações de 1º ou 2º. Graça, este foi sem dúvida, dos procedimentos técnicos, que apresentei maior dificuldade, no entanto, considero que o apoio, orientação e esclarecimento, facultada pela EESMO

orientadora, foi essencial, para o desenvolvimento desta competência. Todas as dificuldades sentidas, foram de certa forma ultrapassadas pela relação de empatia, que consegui, estabelecer com as mulheres/famílias, naquele momento tão especial. Isso sem dúvida permitiu que parturiente/família sentissem confiança em mim e em si próprias, proporcionando um ambiente de bem-estar e uma experiência de parto positiva. Na prestação de cuidados especializado à parturiente durante o terceiro e quarto estágio de trabalho de parto, tentei promover um ambiente tranquilo, acolhedor e empático, de forma a proporcionar à tríade uma vivência positiva, daqueles momentos únicos, que precedem o nascimento. Aquando da dequitação proporcionei uma orientação à parturiente antecipada, sobre os acontecimentos. No quarto estágio de trabalho de parto desenvolvi estratégias, que visam potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, entre elas, a avaliação da involução uterina, características das perdas hemáticas, promoção do aleitamento materno, promoção da vinculação entre outras.

A prestação de cuidados do EESMO à mulher/família durante o trabalho de parto, ainda é aquela que tem maior visibilidade no exterior, e também maior impacto nos estudantes, devido à especificidade do contexto de cuidados. No entanto considero que este é um contexto de cuidados, que complementa um percurso de formação, todo ele de uma enorme riqueza de aprendizagens. Não posso deixar referir que a prestação de cuidados especializados à mulher/família, durante o trabalho de parto, desenvolveu-se de uma forma progressiva e cuja autonomia e responsabilização pelos atos praticados acompanharam este percurso. De salientar, a conduta dos EESMO, no Bloco de partos onde realizei o ensino clínico, visa promover o parto natural, reduzir os procedimentos invasivos e desnecessários durante o trabalho de parto, potenciando e salvaguardando a saúde e segurança da mulher/recém-nascido, promovendo a autonomia da mulher durante o seu trabalho de parto. Este estar da equipa foi sem dúvida um factor que potenciou, o meu êxito e satisfação, ao longo deste momento de aprendizagem.

Objectivo 3

Desenvolver competências, através de uma prática de cuidados especializados no sentido de otimizar a saúde do RN na sua adaptação à vida extrauterina.

Neste estágio pretendi desenvolver competências, que me permitissem potenciar a saúde do RN, apoiando no seu processo de adaptação à vida extrauterina. Além da prestação de cuidados em contexto de bloco de partos, decorreu o ensino clínico V, na unidade de neonatologia do Centro Hospitalar de Setúbal, com a totalidade de 35 horas. (apêndice IV)

A intervenção do EESMO pretende promover a saúde do recém-nascido no período pós natal. Segundo o ICM (2011) o EESMO presta cuidados de elevada qualidade, culturalmente sensíveis durante o parto, conduzem um parto limpo e seguro e resolvem determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos.

Na prestação de cuidados especializados ao recém-nascido, no bloco de partos, pretendi, sempre que todos os procedimentos, visassem o bem-estar do recém-nascido/mãe/pessoa significativa. Realizei contacto pele-a-pele entre mãe e recém-nascido em 42 partos realizados com o respectivo desejo prévio da mãe e promovi o aleitamento materno, aplicando medidas de suporte e apoio à puérpera, para a amamentação nos primeiros trinta minutos de vida. Realizei educação para a saúde sobre os cuidados ao recém-nascido e vinculação. Considero que a explicação à puérpera e pessoa significativa, de todos os procedimentos realizados ao recém-nascido, dá-lhes segurança e tranquilidade, num momento onde tudo é questionado, e o bem-estar do recém-nascido torna-se a principal preocupação da mãe e da pessoa significativa. A prestação de cuidados imediatos ao recém-nascido (secagem e limpeza da pele, estimulação tátil, aquecimento, desobstrução vias aéreas, administração vitamina K, observação física do recém-nascido, avaliação peso), foi realizada sem dificuldades. Foi ainda possível colaborar na prestação de cuidados especializados ao recém-nascido em paragem cardio-respiratória, e desta forma desenvolver competências no âmbito da reanimação neonatal.

A experiência de aprendizagem, que decorreu na unidade de neonatologia, foi uma mais-valia para o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados, ao recém-nascido, com problemas de saúde. Como futuro EESMO, todas as minhas intervenções, visaram providenciar cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde do recém-nascido (OE, 2011), de forma a restabelecer o equilíbrio e alcançar o máximo de bem-estar. A prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido é deveras importante, na

optimização da saúde da tríade. O momento do nascimento, é marcante para todos os implicados, e o bem-estar do recém-nascido é das principais preocupações da mulher/família. Os primeiros minutos de vida do recém-nascido, são sentidos e observados pelos pais, com uma intensidade enorme, é essencial uma prática de cuidados, humanizada, segura e competente. Além da prestação imediata de cuidados aos recém-nascidos, que realizei o parto, também tive a possibilidade de prestar cuidados imediatos, especializados aos recém-nascidos de partos que nasceram de cesariana.

Objectivo 4

Desenvolver Competências, para prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados, que promovam o processo de vinculação mãe/Pai e Filho, durante o período pré natal, intra natal e pós natal, promovendo uma parentalidade responsável.

Torna-se um imperativo que a Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia desenvolva Competências que promovam o processo de vinculação durante gravidez, parto e puerpério, através da definição de um conjunto de intervenções que visam educar, apoiar e ajudar na construção de uma relação emocional entre mãe/pai e filho. Da análise dos estudos já apresentados no decorrer deste relatório, podemos constatar, que a uma intervenção do enfermeiro ao longo de todo ciclo gravítico-puerperal, é determinante na construção do processo de vinculação entre mãe/pai e filho. Durante este estágio, desenvolvi estratégias que me permitisse, desenvolver competências, para a promoção do processo de vinculação entre a tríade, nomeadamente durante o trabalho de parto. Devo salientar que vim encontrar uma equipa de enfermagem, motivada, com procedimentos implementados em relação á temática por mim trabalhada, este foi uma mais-valia para o desenvolvimento das minhas intervenções, no entanto considero que não contribui, para o desenvolvimento e enriquecimento da equipa, o que muitas das vezes se espera de um estudante em ensino clinico.

Como futuro EESMO desenvolvi estratégias que permitissem promover o processo de vinculação entre pais e filho. Segundo a OE (2011) O EESMO Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido e conviventes significativos. Durante a prestação de cuidados à parturiente, tentei proporcionar um ambiente calmo, empático, de disponibilidade, e que favorecedor da privacidade do casal, promovendo momentos de intimidade. Estimulei a mãe/pai a interpretar os sinais de interação entre o feto e os pais (movimentos fetais, alteração FCF) e expliquei importância da vinculação precoce no bem-estar físico, psíquico, relacional do recém-nascido. Dos 43 partos realizados, 34 foram partos, em que o pai participou, este foi Incentivado a participação ao longo do trabalho de parto, nomeadamente na interação com feto/recém-nascido. Foi dada oportunidade ao pai, para realizar o corte do cordão umbilical, tendo este procedimento sido executado, por 27 pais, que demonstraram o seu contentamento, pela participação ativa no momento do nascimento, os 7 pais que recusaram, alegarem, sentirem-se emocionados, e com receio de “fazer mal ao bebé”. Em todos os partos, foi praticado o alojamento conjunto permanente, isto é o recém-nascido, permanecer junto dos pais, após o parto, á exceção de um recém-nascido, que necessitou de cuidados neonatais especiais, e internamento a unidade de neonatologia. Em todos os partos realizados, foi Incentivado o contacto pele a pele entre mãe/pai e recém-nascido, pelo que este procedimento foi adoptado em 41 dos partos, com o consentimento prévio da mãe. Apenas uma das mães recusou este procedimento, esta ocorrência foi motivo de reflexão, num dos diários de aprendizagens (apêndice V) e outro recém-nascido foi submetido a reanimação e transferido para neonatologia. Foi explicado aos pais a importância do aleitamento materno, no processo de vinculação, nomeadamente na 1ªh de vida, e dos 43 partos realizados, 41 recém-nascidos, foram amamentados na primeira meia hora de vida. Uma das mães recusou amamentar, alegando ter tido uma experiencia anterior de amamentação muito traumática. Foi proporcionado aos pais oportunidade de olharem, segurarem e acarinharem o recém-nascido, estimulando a comunicação verbal e não-verbal entre os pais e o recém-nascido. No decorrer do quarto estágio, facultei Informação os pais para a importância das competências do recém-nascido como recurso para a interação: toque, contacto visual e voz cheiro, bioritmidade, bem como, sobre os seis estádios de consciência do recém-nascido, e quando este está receptivo a estimulação.

Não posso deixar de referir, que ao aprofundar conhecimentos nesta área, fiquei incrivelmente surpreendida, com o que constatei da prática. Os benefícios da interação precoce entre mãe/pai e filho sem dúvida enormes e transcendem, qualquer opinião contrária. Após o choque do nascimento, o recém-nascido colocado em contacto pele-a-pele, imediatamente acalmava e todas as suas funções vitais ganhavam autonomia, quando simultaneamente uma sensação de felicidade, parecia invadir os pais, deixando a tríade numa outra dimensão. Este foi um objectivo alcançado em pleno, devido a meu investimento pessoal, mas também ao contexto de cuidados, nomeadamente, aos procedimentos já implementados. Devo referir que o facto de ter desenvolvido intervenções promotoras do processo de vinculação entre pais e filho nos ensinos clínicos que antecederam o presente estágio, revelou-se um factor positivo, na minha formação como futura EESMO. Segundo Benner (2001) " as experiencias concretas passadas guiam assim as percepções e os atos [...] Este tipo de conhecimento clinico é mais compreensivo do que qualquer outra descrição teórica [...]". Neste sentido, as diferentes experiencias de aprendizagem, no período pré-natal, pós-natal, formam agentes facilitadores no desenvolvimento de competências especializada em contexto de bloco de partos.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste relatório, visa apresentar e refletir, todo um percurso desenvolvido, que nasceu de um “sonho”, que se tornou projeto e por fim se concretizou. Por vezes pode ser uma tarefa complicada, analisar e refletir, sobre tantas vivências, experiências, tantos momentos de partilha, que resultaram num momento de aprendizagem, cuja riqueza de conteúdos ultrapassa, tudo que experienciei até então.

Transpor todos os conhecimentos académicos, para prática, requer, muito investimento pessoal, nomeadamente no desenvolvimento de competências para a prática de cuidados especializados de Enfermagem de Saúde Materna e obstetrícia, onde a componente técnica, reveste de extrema importância, respondendo a critérios comunitários rigorosos. Considero, que ao longo, de todo o percurso formativo, consegui, fazer essa transposição, e crescer como profissional, desenvolvendo competências, para o cuidar, nomeadamente em contexto de bloco de partos. Segundo Ramos (2002), o exercício da competência não existe sem que haja profundidade dos conhecimentos que possam ser disponibilizados e mobilizados pelo sujeito para superar determinada situação.

A competência adicional, que pretendi, desenvolver, ao longo da unidade curricular, estágio com relatório, que visava desenvolver intervenções promotoras do processo de vinculação entre pais e filhos, foi desenvolvida ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos, que perfazem o ciclo gravídico-puerperal. Tendo sido uma mais-valia no desenvolvimento de competências que promovem a vinculação, pois permitiu-me o contato com diferentes experiências de aprendizagem, em contextos situacionais completamente distintos. Constatei que na vigilância pré natal, esta ainda é uma temática pouco abordada, quando é sabido, que todo o processo de vinculação se inicia no período pré-natal, sendo o momento do parto, importantíssimo para o reforço destes laços, em que o papel do EESMO é determinante, neste processo. Nas primeiras interações entre o recém-nascido e os pais, esta presente uma troca de afectos, que ultrapassa a linguagem verbal, que permite ao recém-nascido, sentir-se amado e protegido.

O relatório, reflete o desenvolvimento das minhas competências como futura Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia norteadas pelo quadro

conceptual de enfermagem de Neuman. De acordo com Neuman e Fawcett (2011), os cuidados de enfermagem, tem como principal objectivo manter ou restaurar a estabilidade do sistema, sendo este a mulher/casal/família, sujeita a agentes stressores, cuja intervenção de enfermagem, visa capacitar mulher/casal através dos seus próprios mecanismos de *coping*, de forma a solucionar o problema detetado. Porque a gravidez e parto são acontecimentos na vida do casal, que provocam alterações fisiológicas, psicológicas e sociais, profundas, e a intervenção do EESMO, tem como objectivo apoiar e reforçar as linhas de defesa.

O estágio, é na prática formativa, um momento de crescimento e desenvolvimento de competências, em que o contexto de aprendizagem e a supervisão, são factores determinantes para o sucesso formativo. Para OE (2010 p 6) “ o desenvolvimento de competências profissionais, na supervisão clínica, faz-se na ação e na reflexão sobre a ação, no quadro de uma verdadeira relação de colaboração entre o supervisor e o supervisionado, para a qual ambos têm, necessariamente de contribuir”. Neste sentido, o bloco de parto do Centro Hospitalar de Setúbal, presta cuidados especializados à mulher/família, no período perinatal, promovendo uma prática de cuidados que defende o parto como um fenómeno natural, neste sentido, a promoção da vinculação entre a tríade, faz parte dos conceitos fundamentais, que guiam a conduta dos profissionais neste bloco de partos. As intervenções planeadas, que visaram a promoção da vinculação entre o RN e os pais, foram concretizadas, com sucesso, nomeadamente, o contacto pele-a-pele, amamentação precoce, corte do cordão realizado pelo pai e o alojamento conjunto. Os resultados que obtive, após a implementação das intervenções planeadas, foram demonstrados por parte das mães, uma enorme satisfação, face às intervenções realizadas, que garantiam, uma proximidade e respeito, pela intimidade e partilha das emoções vividas entre a tríade. No entanto não posso deixar de salientar, que apesar da evidência científica, demonstrar a importância da promoção dessa relação precoce entre pais e filho, ainda existi por parte de outros profissionais de saúde, alguma renitência na prática de determinadas intervenções. Os objectivos que planeei, para o estágio de bloco de partos, foram alcançados, com sucesso e com um enorme sentimento de dever cumprido, tendo sido das experiencias mais gratificantes em todo o meu percurso profissional.

Ao refletir sobre as implicações, deste meu percurso formativo, na minha vida pessoal e profissional, constato que o mais importante, foi as riquezas das experiências, e

Cristina Isabel Balona Delfino

reflexão sobre estas, que nos permite crescer. A excelência dos cuidados em enfermagem passa, por um percurso profissional que promova e estimule a qualidade e o desenvolvimento da prática de enfermagem, ancorado numa atitude crítica e reflexiva (CRUZ, 2008). Por tudo o que foi dito anteriormente, concluo, este percurso, com enorme satisfação, e com a certeza, que vou trilhar um novo caminho, onde a responsabilidade e profissionalismo é determinante na experiência do cuidar.

6 - BIBLIOGRAFIA

- Amaral, N. (2009). Pareceria de cuidados entre enfermeiras e pais de recém-nascidos prematuros internados. A visão das enfermeiras. Tese (Mestrado) Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar
- Almeida, E.& Filho, J. (2011). O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno, consult. Janeiro de 2011
<http://www.puccampinas.edu.br/centros/ccvcienciasmedicas/artigos/883.pdf>
- Altaweli R. & Roberts J. (2010). *Maternal-infant bonding: a concept analysis*. Consult. 6 de Janeiro de 2011. British journal of midwifery, disponível em
<http://web.ebscohost.com/nrc/detail?vid=8&hid=24&sid=a4f6140b-34ad-46e9-9913-a15ee7fb9596%40sessionmgr4&bdata=JnNpdGU9bnJlLWxpdmU%3d#db=rzh&AN=2010802538>
- Barros, S. M. O. (2006). Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal. Brasil: Editora Manole, 2006. ISBN 85-204-2206-3.
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97X
- Bohr, Y. et al. (2010). *Community-based parenting training: Adapted evidence-based programmes improve parent-infant interactions?*, consult. 26 de junho de 2010. Journal of reproductive and infant Psychology, vol.28, disponível em
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010628319&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Braden, P.S. (2000). Enfermagem Materno-Infantil. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso. ISBN 85-87148-41-9
- Brazelton, T.B. et al (1989). A Relação mais precoce. Lisboa: Terramar, ISBN 972-710-083-X.
- Brazelton, T. B. (1992). Tornar-se Família. Lisboa: Terramar, 1992, ISBN 972 – 710-056-2.
- Brazelton, T. B & Cramer, B. (1992). As Primeiras Relações. Brasil: Martins fontes, 1992, ISBN 85-336-0134-2.
- Boback, Irene et al. (1995). *Enfermagem na Maternidade*. 4º ed., Loures: Lusociência. ISBN 972-8383- 09-6
- Bowlby, J. (1984). Apego e perda. Brasil: Editora LDA

- Burroughs, A. (1995). *Uma introdução à Enfermagem Materna*. 6ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, ISBN 85-7307-059-5
- Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972- 8535-77-5.
- Cannella BL (2005). *Maternal-fetal attachment: an integrative review*. Consult. 26 Junho de 2011. Journal of Advanced Nursing (J ADV NURS), 2005 Apr; 50(1): 60-8 (11 ref) disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2005080418&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Cepêta, T. & Brito, I, & Heitor, M. (2006). *Promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância*. Manual de orientação para profissionais de saúde. Lisboa: DGS. ISBN: 972-675-121-7
- Cyrulnik, B. (1991). *O nascimento do Sentido*. Lisboa: Sociedade de Astoria, LDA. ISBN 972-8245-14-9
- Cyrulnik, B. (2001). *Resiliência- Essa inédita capacidade de construção humana*. Lisboa: Stória Editores. ISBN 972-771-627
- Deave, T & Jonhson D. (2008). *The transition to parenthood: what does it mean for father?* Consult. 26 De julho de 2011, Journal of advanced Nursing, nº. 63, disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=34168958&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Delassus, J. (2000). *O génio do feto*. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN 972-771-595-8
- Diretivas da União Europeia (1989). Artigo nº. 27 da diretiva 89/594/CEE de 30 de Outubro de 1989, disponível em <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:1989:341:0019:0029:PT:PDF>
- DiPietro J. (2010). *Psychological and psychophysiological considerations regarding the maternal-fetal relationship*. Consult 27 de Maio de 2011. Baltimore, USA: Infant & Child Development (INFANT CHILD DEV), 2010 Jan-Feb; 19(1): 27-38 (75 ref), disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010546451&lang=pt-br&site=ehost-live>

- Fidalgo, L. (2003). Reconstruir a maternidade numa perspectiva discursiva. Lisboa: Artes gráficas, 2003. ISBN - 972-771-660-1
- Figueiredo, B et al (2000). *Envolvimento emocional inicial dos pais com o bebé*. Consult 4 de junho de 2011. Porto, ata pediátrica portuguesa. Vol. 36 (2/3). Págs. 121-131, disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4715/1/Envolvimento%20emocional%20inicial%20dos%20pais%20com%20o%20beb%c3%a9.pdf>
- Figueiredo, B et al (2003.) *Vinculação materna: contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé*, Minho, Revista Internacional de psicóloga clinica y de la salud. Vol. 3 Págs. 521-539. ISBN1576-7329
- Fortin, M. (2003). O processo de Investigação. 3ª Ed.. Loures: Lusodidacta, ISBN 978-972-8383-10-7
- Galvão, C. et al. (2004). *Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Vol. 12, nº3 (Maio e Junho de 2004).
- Gau, M & Lee, T. (2003). *Construct validity of the prenatal attachment inventory a confirmatory factor Analysis Approach*. Consult 26 de julho de 2011. Journal of nursing research, vol.11, nº.3, disponível <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=14579195&lang=pt-br&site=ehost-live>
- George, Júlia B. e colaboradores (1993). Teorias de enfermagem. 4ª Ed Porto alegre: Artmed, 2000. ISBN 85-7307-587-2
- Guedeney, N e Guedeney A. (2004). Vinculação, conceitos e aplicações. 1º Ed. Lisboa: Climepsi editores ISBN 972-796-103-7
- Lamaze International (2003). Instituto Lamaze. *Para o parto normal*. Consult. 9 De setembro de 2012, disponível em <http://www.lamaze.org>
- Leal, I. (2005). Psicologia da gravidez e parentalidade. Lisboa: Edições Fim de Século ISBN 972-754-235-2
- Leal, I.I & Maroco, J. (2010). Avaliação em sexualidade e parentalidade. Porto: LivPsic, 2010, ISBN 978-989-8148-32-2

- Lopes, M. (2000). *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sociomoral – alguns dados e implicações* Tese (Mestrado) Universidade Aberta ISBN 972-98149-0-2
- Lowdermilk, D; & Perry S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Ed. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-16-1
- Graça, M (2005). *Medicina Materno-fetal*. 3ª ed. Lisboa: Lidel. ISBN 972-757-325-8
- International confederation of midwives. (2002) *Competencias esenciales para la práctica básica de la pateria*. Consult. a 12 de Novembro, disponível em www.internationalmidwives.org
- International confederation of midwives. (2010) *Competências essenciais para o exercício básico de parteira*. Cònsul 3 de Maio de 2011, disponível em <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2011/DB%202011/Competências%20Essenciais%20para%20o%20Exercício%20Básico%20da%20Profissão%20de%20Parteira%202010.pdf>
- Maldonaldo, M. (1976). *Psicologia da gravidez - parto e puerpério*. Brasil: Editora Vozes Ltda
- Martins, C. (2008). *Transição para a parentalidade*, (Doutoramento) universidade de Lisboa
- Monagner, H (1996). *A aurora da ternura*. Lisboa: Sociedade de Astoria. ISBN 972-9295-3-6
- Mendes, I (2002). *Ligação Materno-Fetal*. Coimbra: Quarteto Editora, Novembro. ISBN 972-8717-67-9
- Mercer, R & Walker, L. A (2006) *Review of nursing interventions to foster becoming a mother*. consult. 26 De julho de 2011, the association of women's health, obstetric and neonatal nurse. disponível <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009291235&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Miles, S. (2011). *Winning review of postnatal depression*. Consult 26 de julho de 2011, British Journal Midwifery, vol.19, nº. 4, disponível <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011034650&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Neuman, B. & Fawcett. (2011) *The Neuman System Model*. Boston: Person Education, ISBN 978-013-51477-6

- Ordem do Enfermeiros (2009). Modelo de Desenvolvimento profissional, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010) – Regulamento de competências Comum do Enfermeiro Especialista.
- Pedro, J. (1985). *A relação mãe-filho- influência do contacto precoce no comportamento da díade*. Janeiro. Depósito Legal 10048185
- Rata, M. (1991) – Comunicar com a criança. Lisboa: Edições Terramar, ISBN 972-710-102X
- Regulamento nº. 127/2011, nº.35 de 18 de Fevereiro de 2011.DR
- Riehl-Sisca, J. (1992). Modelos conceptuales de enfermeria. Barcelona: Ediciones Doyma ISBN 84-7592-490-5
- Sá, E. (2000). Crianças para Sempre. Lisboa: Edições Fim de Século. ISBN 972-754-162-3
- Sá, E. (2003). Psicologia do feto e do bebé. 3ª Ed. Lisboa: Edições Fim de Século.
- Schmidt, E. (2009) – *Vinculação da gestante e apego materno fetal*. Consult 3 de junho de 2011, Paidea, disponível em www.scielo.br/paidea
- Safer, R. (1977) – *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério*. Brasil: Editora artes médicas Sul Ltda
- Smith, N &Pravikoff D. (2011). *Parent newborn bonding: Evaluation*, consult. 6 janeiro de 2011, Nursing practice & skill, disponível em <http://web.ebscohost.com/nrc/detail?vid=4&hid=9&sid=01e3b53e-9b59-477b-bbf0-ddb6b19021f1%40sessionmgr15&bdata=JnNpdGU9bnJlLWxpdmU%3d#db=nrc&AN=5000011280>
- Sanders, L. (2006). *The newborn Behavioral Observations system as a Nursing Intervention to Enhance Engagement in first-time Mothers: feasibility and Disirability*, consult. 26 de julho de 2011, Pediatric Nursing, Setembro/Outubro, vol. 32, nº. 5, 2.disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009314900&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Sousa, S. (2004). *Estilos de comunicação pais-bebé*. Lisboa: Climepsi Editores,

- Tennant, J & Butler, M. (2007). *Helping Women: The use of Heron's framework in midwifery practice*. Consult 26 de julho de 2011, British journal of midwifery, Julho vol15, nº. 7 , disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009631591&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Toney, A. & Alligo, M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. Loures: Lusociência ISBN 972-8313-74-6
- Wilson ME ; White MA ; Cobb B ; Curry R ; Greene D ; Popovich D (2000) - *Family dynamics, parental-fetal attachment and infant temperament*. Consult 3 de junho de 2011, Journal of Advanced Nursing (J ADV NURS), 2000 Jan; 31(1): 204-10 (46 ref), disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2000024613&lang=pt-br&site=ehost-live>

Apêndices

Apêndice 1

Estudos incluídos na Revisão sistemática da Literatura

Intervenções de ESMO: Resposta a Pergunta PICO

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Objectivos do estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Resultados
Sanders, L. The newborn Behavioral Observations system as a Nursing Intervention to Enhance Engagement in first-time Mothers: feasibility and Disirability , 2006 Pediatric nursing, Setembro/ Outubro, vol 32, nº. 5, 2.	O estudo pretende verificar se existe viabilidade e conveniência nas intervenções de enfermagem que visam a observação e exploração do comportamento do recém-nascido em conjunto com os pais e respectivamente e explicação do comportamento de forma a promover a vinculação.	-10 Mães (primíparas, com mais de 19 anos) - 20 Enfermeiros.	-Entrevista com as mães de perguntas abertas, observação direta da relação mãe recém-nascido- -Foi aplicado um questionário as enfermeiras.	Estudo qualitativo.	<p>- As mães referiram que as enfermeiras eram importantes pois ofereciam informação prática necessária nos cuidados ao recém-nascido.</p> <p>- Segundo as mães, as enfermeira ensinam formas de as mães interagirem com os recém-nascidos, ensinavam sobre: competências do recém-nascido, comunicação do recém-nascido, o que pode afectar o recém-nascido de forma negativa, antever as necessidades do recém-nascido.</p> <p>- Segundo os enfermeiros estas intervenções são sentidas como necessárias para aumentar a ligação entre os pais e o</p>

					<p>recém-nascido.</p> <p>- A exploração do comportamento do recém-nascido em conjunto com os pais, conclui-se ser uma intervenção eficaz para aumentar o envolvimento entre os pais e o filho.</p>
<p>Miles, S. Winning review of postnatal depression, Abril 2011 British Journal Midwifery, vol.19, nº. 4</p>	<p>Revisão integrativa da literatura, tem como objectivo analisar as intervenções de Enfermagem no período pré-natal, perinatal e pós-natal, e visam a promoção da saúde mental da mulher.</p>	<p>Estudos com evidência científica, sobre a temática a estudar.</p>	<p>Análise dos estudos selecionados.</p>	<p>Revisão sistemática da literatura.</p>	<p>- Parteiras sentem que na sua formação é insuficiente para atuar ao nível da saúde mental da mulher.</p> <p>- A parteira deve estar atenta para a detecção de sinais de sintomas de transtornos do humor. – O “desapego”, em relação aos outros e ao filho é um dos sintomas de transtorno emocional.</p> <p>- Os profissionais de saúde, devem estabelecer uma relação de ajuda com as mulheres, para que estas não tenham medo de exprimir as suas emoções.</p> <p>- A parteira deve possuir conhecimentos da área da saúde mental, deve</p>

					<p>proporcionar a mulher um ambiente calmo e tranquilo para falar.</p> <p>- Proporcionar a mulher grupos de apoio de técnicos, ou outras mães, para estabelecerem relações positivas de ajuda.</p>
<p>Mercer, R & Walker, L. A Review of nursing interventions to foster becoming a mother, 2006 The association of women's health, obstetric and neonatal nurse.</p>	<p>Determinar o estado atual do conhecimento das intervenções de enfermagem que favoreçam a transição para a parentalidade.</p>	<p>Estudos com evidência científica, sobre a temática a estudar – 28 estudos analisados.</p>	<p>Pesquisa na base de dados electrónica CINAHL, pub med.</p>	<p>Revisão sistemática da literatura</p>	<p>- O estudo confirmou que as mães preferem as aulas práticas de preparação para a parentalidade, em que possam treinar, em detrimento das aulas apenas expositivas.</p> <p>-A educação realizada às mães deve ser individualizada, ao ritmo de cada mãe.</p> <p>- A enfermeira deve apoiar e promover a amamentação</p> <p>- A enfermeira deve educar a mãe para uma consciencialização das capacidades interativas do seu filho, através de informação escrita e demonstração.</p> <p>-a enfermeira de</p>

					<p>deve estimular a comunicação entre mãe e bebê (verbal, toque, olhar, sorriso).</p> <p>- A enfermeira deve realizar preparar os pais para a transição através das aulas em conjunto, discussões de grupo, e visitação domiciliária no pré-parto e pós-parto.</p> <p>-nas aulas de grupo deve incentivar para a explorar sentimentos de: preocupação, duvidas, relação com o bebê, alterações após o nascimento e dificuldades)</p> <p>- O conhecimento é a melhor forma de tornar as mães competentes.</p>
<p>Tennant, J & Butler, M.</p> <p>Helping Women: The use of Heron's framework in midwifery practice, 2007,</p>	<p>Análise das práticas de comunicação das parteiras, no contexto da obstetrícia contemporânea .</p>	<p>Estudos desenvolvidos a partir do modelo de Heron.</p>	<p>Análise dos estudos selecionados.</p>	<p>Estudo longitudinal.</p>	<p>- Na interação paciente/profissional de saúde está subjacente o conceito: compromisso mútuo de dar e receber informação compreensível e imparcial reconhecendo o direito do paciente à</p>

British journal of midwifery Julho vol15, nº. 7 de					<p>autodeterminação.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A intervenção verbal é foco de destaque, mas deve ser acompanhada pela comunicação não-verbal congruente. - As intervenções de catarse devem ser utilizadas enquanto aconselhamento, e ajuda em situação indecisão ou expressão de emoções - A parteira deve possuir um autoconhecimento de si mesma, para ser “emocionalmente competente”. -A comunicação e o relacionamento são fundamentais para a prática das parteiras.
Gau. M & Lee, T. Construct validity of the prenatal attachment inventory A confirmatory factor Analysis Approach, 2003	Testar a fiabilidade da escala de vinculação pré-natal, desenvolvida por Muller.	349 Mulheres grávidas no terceiro trimestre, de baixo risco e alto risco, com mais de 18 anos.	Aplicado um questionário sobre a escala de vinculação pré-natal as grávidas selecionadas.	Estudo transversal.	<ul style="list-style-type: none"> - A escala de vinculação pré-natal é um instrumento valido, para a pesquisa em mulheres grávida - Os médicos, os enfermeiros, os educadores podem utilizar esta escala para avaliar o nível de vinculação entre pais e filho.

Journal of nursing research, vol.11, nº.3,					- Nesta avaliação há que ter em conta a cultura e religião
Bohr, Y. et al. Community-based parenting training: Adapted evidence-based programmes improve parent-infant interactions? , 1 de Fevereiro de 2010 Journal of reproductive and infant Psychology, vol.28,	Estudo pretende verificar a eficácia do programa de educação para a parentalidade, realizada na comunidade.	22 Dúzias de cuidador e criança (dos 4 aos 41 meses de idade).	Dados recolhidos através da observação da díade cuidador e criança em interação.	Estudo Exploratório	<ul style="list-style-type: none"> - A componente educacional das intervenções dos profissionais de saúde promove a aquisição de conhecimento, a autoeficácia e a confiança e reduz o stress parental. -A confiança dos pais contribui para relação pais-bebé. - as intervenções dos profissionais de saúde passam por: incentivar para a interação entre pais e bebé, corrigir comportamentos menos adaptativos, partilha de dúvidas. - A educação aos pais, passam por incentiva-los a refletir sobre os seus comportamentos. - O programa de educação deve conter conteúdos sobre: desenvolvimento cognitivo da criança, comportamento de ajuda na aquisição de habilidades por parte da criança.

					- A formação de subgrupos pode favorecer a interacção entre pais que se identificam.
Deave, T & Jonhson D. The transition to parenthoo d: what does is mean for father? 2008 Journal of advanced Nursing, nº. 63,	Explorar as necessidades dos pais, em relação aos cuidados de apoio e educação ministrados por profissionais de saúde, durante o período pré-natal, na transição para a parentalidade	20 Parceiros de mulheres primíparas, após 28 semanas de gestação.	Foram realizadas entrevistas semiestrutura das, no último trimestre de gravidez e após ¾ meses após o nascimento.	Análise de conteúdo das entrevist as	- Os temas que os pais referiram como necessários no apoio da parteira foram: Ansiedade associada ao nascimento, cuidados práticos ao recém-nascido, mudança da relação com a parceira. - Muitos pais referiram também sentirem-se excluídos da consulta pré-natal e de alguma informação que só é facultada á grávida. - Os pais referem que os profissionais deviam abordar temáticas na educação pré-natal, próprias para os pais
Ataweli, R; Roberts, J. – Maternal-infant bonding: a concept analysis. September	Análise do conceito ligação materno-fetal/vinculação no contexto de cuidados em enfermagem	Estudos com evidência científica, sobre a temática a estudar	Análise dos estudos seleccionados, da base de dado,CINHAL, Medline, Cochrane,	Revisão sistemática da literatura	- A ligação entre mãe/pai/ recém-nascido, pode influenciar o bem-e

de 2010	obstetrícia		Pubmed		
British Journal of Midwifery, vol.18, nº.9					

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Objectivos do estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Resultados
Ataweli, R; Roberts, J. – Maternal-infant bonding: a concept analysis. September de 2010 British Journal of Midwifery, vol.18, nº.9	Análise do conceito ligação materno-fetal/vinculação no contexto de cuidados em enfermagem obstétrica	Estudos com evidência científica, sobre a temática a estudar	Análise dos estudos selecionados, da base de dado, CINAHL, Medline, Cochrane, Pubmed	Revisão sistemática da literatura	<ul style="list-style-type: none"> - A ligação entre mãe/pai/ recém-nascido pode influenciar o bem-estar físico e psicológico da criança - o vínculo materno/paterno ao filho inicia-se na vida intrauterina, - O papel das enfermeiras parteiras passa por facilitar a relação entre mãe e recém-nascido durante o período sensível - Existe um período sensível para o

					<p>reforço da ligação, que corresponde as primeiras horas após o nascimento,</p> <ul style="list-style-type: none"> - As enfermeiras parteiras podem promover essa ligação através do contacto pele a pele após o nascimento, amamentação precoce e alojamento conjunto, - As enfermeiras parteiras devem encorajar a mãe a segurar, acariciar, olhar o recém-nascido, imediatamente após o parto
<p>Smith, N. Provikoff, D. – Parent – newborn bonding: Evolution</p> <p>Dezember 2011</p> <p>Nursing Practice & Skill</p>	<p>Analise das intervenções que promovem a vinculação entre mãe/pai e recém-nascido</p>	<p>Estudos com evidência científica, sobre a temática a estudar</p>	<p>Analise dos estudos seleccionados,</p>	<p>Revisão sistemática da literatura</p>	<ul style="list-style-type: none"> - a ligação entre mãe/pai e recém nascido pode ser avaliada e incentivada tanto a nível hospitalar como a nível da comunidade -A avaliação do vínculo parental envolve a observação da interação entre os pais e recém-nascido, - o principal objectivo desta avaliação é o de facilitar o vínculo emocional e identificar famílias com indicadores de dificuldade ligação

					<p>emocional,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vínculo entre mãe/pai e recém-nascido positivo está associado a benefícios ao nível da saúde mental da criança, - Intervenções que visam a promoção do vínculo parental: contacto pele a pele após o nascimento, amamentação logo após o nascimento, alojamento conjunto, adiar procedimentos ao recém-nascido (administração vitamina K), promover ambiente confortável, promover posição face a face, incentivar a comunicação verbal entre os pais e o recém-nascido, permitir aos pais participa nos cuidados ao recém-nascido
Kesenia, B et al – Early contact versus separation : effects on mother-infant interaction one year later	Analisar os efeitos do contacto/separação após o nascimento, na interação entre mãe/recém-nascido	<p>176 Mãe e recém-nascidos, subdivididas em quatro grupos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mãe que realizaram contacto pele-a-pele e alojamento conjunto - Mães que 	<ul style="list-style-type: none"> - Observação direta - Visualização de vídeos, de todas as interações entre mãe e recém-nascido após 1 ano de nascimento 	Estudo qualitativo	<p>-o estudo demonstrou que mãe e recém-nascido que beneficiaram de contacto pele com pele, influenciou positivamente a interação entre mãe e filho, quando avalado 1 ano após o nascimento.</p> <p>- o efeito de não</p>

June 2009 Birth		<p>não realizaram contacto pele com pele, mas mantiveram alojamento conjuntam</p> <p>- Mães que realizam contacto pele a pele sem alojamento conjuntam</p> <p>- Mães que não realizaram contacto pele com pele e sem alojamento conjuntam</p>			<p>contacto pele com pele, não foi compensado pelo alojamento conjuntam,</p> <p>- o contacto durante a primeira hora de vida, permitiu atingir escores mais elevados de interação da díade,</p>
--------------------	--	---	--	--	---

Apêndice 2

Projeto de Estágio - objectivos e Atividades planeadas

Ensino Clínico II/ Puerpério – 27 de Junho a 22 de Julho de 2011

Objectivos	Atividades Desenvolvidas
Promover o processo de vinculação pais/bebé durante o período puérperio precoce e na VD á puérpera e recém-nascido	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reforçar positivamente os comportamentos parentais; ✓ Informar os pais para a importância das reações sensoriais do recém-nascido como recurso para a interação: toque, contacto visual e voz cheiro, bioritmicidade; ✓ Ensinar aos pais sobre os seis estádios de consciência do recém-nascido, e quando este está receptivo a estimulação; ✓ Observar a interação entre o bebé e mãe/pai, com que instrumento; ✓ Detectar alterações no processo de vinculação entre mãe/ pai e recém-nascido (ausência de sentimento afectuosos para com o bebe, sentimentos de rejeição para com o recém-nascido, situação de maus-tratos, isolamento social, depressão, toxicodependência); ✓ Detectar alterações significativas no processo de vinculação no recém-nascido (incapacidade para estabelecer interação, desinteresse total pela mãe, ausência de busca ou procura de conforto da mãe).

Ensino Clínico III/ Cuidados de saúde primários – 31 de Outubro a 16 de Dezembro de 2011

objectivos	Atividades desenvolvidas
Desenvolver Competências, para prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados, que promovam o processo de vinculação mãe/Pai e Filho, durante o período gravidez, promovendo uma parentalidade responsável, na consulta	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estabelecer uma relação de confiança com o casal; ✓ Informar os pais sobre a importância da vinculação, na relação entre a mãe/pai/filho; ✓ Esclarecer dúvidas acerca do processo de vinculação; ✓ Validar informação adquirida; ✓ Demonstrar empatia, disponibilidade e escuta

de vigilância pré-natal

ativa;

- ✓ Informar os pais sobre os factores que podem influenciar o bem-estar do bebé ainda no útero;
- ✓ Informar aos pais as competências do feto, e a sua vida relacional *"in útero"*;
- ✓ Estimular os pais para a participação no exame ecográfico ao feto, como comento de excelência para a vinculação;
- ✓ Informar sobre estratégias para comunicar com o bebé (música, palavras, toque, técnicas de relaxamento);
- ✓ Ajudar os pais a identificar o feto como um ser individual, atribuindo-lhe o nome e algumas características da sua personalidade;
- ✓ Estimular a participação do pai nas aulas de preparação para o nascimento e nas consultas de vigilância da gravidez;
- ✓ Valorizar a importância do envolvimento de ambos os progenitores na comunicação com o bebé;
- ✓ Elaboração de um folheto informativo, para os pais sobre a importância do relacionamento afectivo precoce com o bebé ainda *"in útero"*, durante a gravidez, para oferecer nas consultas de Vigilância Materno-fetal;

Implementar a avaliação da vinculação materno-fetal, nas consultas de vigilância pré-natal

- ✓ Detectar alterações significativas no processo de vinculação pré natal na mãe e pai (ausência de sentimento afectuosos para com o bebe, referencias negativas em relação a gravidez, sentimentos de rejeição, situação de maus-tratos, isolamento social, depressão, toxicodependência), através aplicação da escala de avaliação da vinculação pré-natal;
- ✓ Registo no processo de enfermagem.

Objectivos	Atividades a Desenvolver
Desenvolver Competências, para prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados, em situação de risco materno-fetal que promovam o processo de vinculação entre grávida/pai e o filho, promovendo uma parentalidade responsável	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estabelecer uma relação de confiança com a grávida/pai; ✓ Informar os pais a importância da vinculação, na relação entre os pais/filho, ainda durante a gravidez; ✓ Esclarecer dúvidas acerca do processo de vinculação; ✓ Validar informação adquirida; ✓ Demonstrar empatia, disponibilidade e escuta ativa; ✓ Informar os pais sobre os factores que podem influenciar o bem-estar do feto; ✓ Explicar aos pais as competências do feto, e a sua vida relacional “<i>in útero</i>”; ✓ Estimular os pais para a participação no exame ecográfico ao feto, como comento de excelência para a vinculação; ✓ Informar sobre estratégias para comunicar com o bebé (música, palavras, toque, técnicas de relaxamento); ✓ Ajudar os pais a identificar o feto como um ser individual, atribuindo-lhe o nome; ✓ Estimular a participação do pai nas aulas de preparação para o nascimento e nas consultas de vigilância da gravidez, após a alta; ✓ Valorizar a importância do envolvimento de ambos os progenitores na comunicação com o seu filho; ✓ Divulgar o folheto informativo, realizado no contexto de ensino clínico anterior, para os pais sobre a importância do relacionamento afectivo precoce com o bebé ainda “<i>in útero</i>”, durante a gravidez, para oferecer durante o internamento Vigilância;

Estágio com relatório/ Bloco de partos – 27de Fevereiro a 27 de Julho de 2012

Objectivos	Atividades a Desenvolver
<p>Desenvolver competências, através de uma prática de cuidados especializados que promovam a Saúde da Mulher e Família no período pré-natal de forma a potenciar a sua saúde, a detectar, a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A aprofundar conhecimentos teóricos, nesta área, • Acolhimento à grávida/parturiente e família, • Assegurar a privacidade da grávida/parturiente, • Promover uma relação empática, de forma a conhecer os medos e dúvidas da grávida/parturiente/família, • Proceder ao diagnóstico da gravidez, • Colheita de dados relativos a grávida/parturiente, de forma a elaborar o diagnóstico de enfermagem, e planificar as intervenções, • Promoção e/ou Consulta do plano de parto da mulher/família e análise dos desejos e expectativas do casal, • Consulta de exames complementares de diagnóstico e registos do boletim de grávida, • Realização de Educação para a saúde, de acordo com os problemas detectados e as necessidades individuais do casal, • Promoção de estilos de vida saudáveis, • Promoção do aleitamento materno, • Alertar para sinais e sintomas de risco e quais os procedimentos adoptar, • Vigilância do bem-estar materno-fetal, na grávida, pelos meios clínicos e técnicos adequados, • Avaliação do bem-estar materno-fetal, em contexto da urgência obstétrica, • Avaliação do registo cardiotocográfico, de forma a detectar problemas precocemente no bem-estar fetal, • Realização da cervicometria, • Avaliar a integridade das membranas, • Promoção e medidas de alívio e de conforto, resultantes da gravidez,

- Adaptar medidas de alívio da dor, não farmacológicas e farmacológicas,
- Detectar precocemente sinais e sintomas de patologia na grávida,
- Identificar e monitorizar desvios à gravidez fisiológica,
- Encaminhamento para outros profissionais da equipa multidisciplinar, quando detectado situação que vai para além da área de atuação do EESMO,

Desenvolver competências, através de uma prática de cuidados Especializados à mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar da mulher/RN/família.

- Aprofundar conhecimentos nesta área de atuação,
- Acolhimento à parturiente e pessoa significativa,
- Promoção do ambiente privado e calmo,
- Promoção do conforto e bem-estar da parturiente e pessoa significativa,
- Promoção de uma relação empática com a parturiente e pessoa significativa,
- Dar informação e esclarecimento à parturiente e pessoa significativa, de todas as intervenções, bem como a obtenção do seu consentimento livre,
- Colheita de dados relativos à parturiente e detecção das necessidades ou problemas,
- Identificação das expectativas e desejos da parturiente em relação ao Parto,
- Consulta de exames complementares de diagnóstico e boletim de grávida,
- Realização de educação para a saúde de acordo com as necessidades detectadas, ao longo dos quatro estádios de TP,
- Dar informação sobre as técnicas de respiração e relaxamento, durante os diferentes estádios de trabalho de parto,
- Promoção do aleitamento materno,
- Promoção da vinculação,

- Identificação e monitorização do trabalho de parto,
- Avaliação bem-estar materno-fetal,
- Avaliação e interpretação do registo cardiotocográfico, como forma de detectar situações de risco,
- Identificação e monitorização de desvios ao padrão normal de evolução de trabalho de parto,
- Avaliação da estrutura pélvica em relação ao feto, durante o trabalho de parto,
- Vigilância da integridade das membranas e características do LA, se necessário realização de amniotomia,
- Monitorização do trabalho de parto e respectivo registo no partograma,
- Promoção de medidas não farmacológicas no controle da dor, nomeadamente, hidroterapia, massagem, liberdade de movimentos, posições, musicoterapia e aromaterapia,
- Promover a participação ativa da pessoa significativa, ao longo dos quatro estádios de trabalho de parto,
- Realização de educação para a saúde de acordo como estado de trabalho de parto, e as necessidades individuais da mulher,
- Proporcionar orientação antecipada, sobre os acontecimentos, de forma a tranquilizar e promover a decisão esclarecida sobre os procedimentos,
- Realização do parto eutócico cefálico, em ambiente seguro,
- Realização de episiotomia, se necessário,
- Verificação da integridade das membranas, placenta e cotilédones após dequitação,
- Verificação da integridade do canal de parto, e sua reparação em caso de laceração,
- Monitorização das características e quantidade da

Desenvolver competências, através de uma prática de cuidados especializados no sentido de otimizar a saúde do RN na sua adaptação à vida extrauterina.

perda hemática,

- Identificação precoce de complicações no pós parto imediato, e atuação de acordo com a situação,
 - Verificação da presença do globo de segurança de Pinard,
 - Avaliação do bem-estar materno,
 - Avaliação da involução uterina
 - Referenciação das situações de risco e com alteração da evolução normal do trabalho de parto,
 - Colaboração com equipa multidisciplinar nas situações de parto distócico, ou outras complicações que ultrapassem a área da atuação do EESMO.
 - Administração de medidas farmacológicas no controle da dor, ou outra sintomatologia, em colaboração com a equipa multidisciplinar,
 - Implementação de medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e pessoa significativa.
-
- Explicação de todos os procedimentos à mulher e pessoa significativa, de forma antecipada, no cuidado ao recém-nascido,
 - Preparação do material para receber o recém-nascido, nomeadamente material de urgência,
 - Promoção da vinculação precoce,
 - Promoção do aleitamento materno,
 - Promoção da participação do pai/ pessoa significativa, nos primeiros cuidados ao recém-nascido,
 - Promoção do contacto pele-a-pele da mãe com o recém-nascido,
 - Avaliação de índice de apgar, do recém-nascido, ao 1º, 5º e 10º minuto de vida,
 - Colocação do recém-nascido em contacto pele-a-

Desenvolver Competências, para prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados, que promovam o processo de vinculação mãe/Pai e Filho, durante o período pré natal, intra natal e pós natal, promovendo uma parentalidade responsável.

pele, com respectivo desejo prévio desta e condições de saúde do recém-nascido,

- Prestação de cuidados imediatos ao recém-nascido (secagem e limpeza da pele, estimulação tátil, aquecimento, desobstrução vias aéreas, administração vitamina K, observação física do recém-nascido, avaliação dos reflexos, avaliação peso)
- Identificação e monitorização do bem-estar do recém-nascido, de forma a detectar desvios de saúde,
- Identificação de situações de risco, e referenciação para equipa multidisciplinar,
- Cooperação com outros profissionais no tratamento do recém-nascido, com problemas de saúde,
- Implementação de medidas de suporte emocional e psicológico, à mãe e pessoa significativa.
- Realização do acolhimento da Mulher e pessoa significativa,
- Demonstrar empatia, disponibilidade e escuta ativa;
- Criar um ambiente calmo e que favorece a privacidade da tríade;
- Reconhecimento do feto, como ser individual,
- Estimular a mãe/pai a interpretar os sinais de interação entre o feto e os pais(movimentos fetais, alteração FCF)
- Tratar o feto/recém-nascido pelo nome;
- Explicar importância da vinculação precoce no bem-estar físico, psíquico, relacional do recém-nascido;
- Promover momentos de intimidade entre tríade;
- Promoção de medidas facilitadoras da vinculação: contacto pele-a pele, aleitamento materno, alojamento conjunto,

- Validar informação adquirida,
- Incentivar a participação do pai ao longo do trabalho de parto, nomeadamente na interação com feto/recém-nascido,
- Oferecer ao pai a oportunidade para realizar o corte do cordão umbilical, se assim o desejar,
- Praticar o alojamento conjunto permanente,
- Proporcionar momentos de intimidade entre a tríade,
- Incentivar o contacto pele a pele entre mãe/pai e recém-nascido;
- Realização do contacto pele-a pele entre recém-nascido e a mãe, de acordo com o seu desejo prévio e condições de saúde do recém-nascido,
- Proporcionar à mãe e pai oportunidade de olharem, segurarem e acarinharem o recém-nascido;
- Estimulação da comunicação verbal e não-verbal entre os pais entre o feto/recém-nascido,
- Dar Informação os pais para a importância das competências do recém-nascido como recurso para a interação: toque, contacto visual e voz cheiro, biorritmicidade;
- Explicar a importância do aleitamento materno, no processo de vinculação, nomeadamente na 1ªh de vida;
- Incentivar a mãe e o pai a participarem nos cuidados ao recém-nascido;
- Dar informação aos pais, sobre os seis estádios de consciência do recém-nascido, e quando este está receptivo a estimulação
- Implementação de medidas de suporte emocional e psicológico, aos pais/pessoa significativa,
- Encorajar os pais, para o desenvolvimento de estratégias de *coping*, que permita o estabelecimento de laços afectivos com o recém-nascido

Apêndice 3

Diário de aprendizagem -1

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
2º MESTRADO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

Ensino Clínico V - Centro Hospitalar de Setúbal

Diário de Aprendizagem

“Um mundo mágico...”



Elaborado por: Cristina Isabel Balona Delfino nº - 3827

Docente Orientador:
Professora Maria João Delgado
Orientador do Ensino Clínico
Enfermeira Especialista Antónia Prates

Lisboa

2012

*“Reconhece o que está diante dos teus olhos,
e o que está escondido ser-te-á revelado”.*

EVANGELHO DE SÃO TOMÁS

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO.....	4
1 - UM MUNDO MÁGICO.....	5
2 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	9
3 – BIBLIOGRAFIA.....	10

O – INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi realizado no âmbito da unidade Curricular de Ensino Clínico v, integrada no 2º. Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Com a realização deste trabalho pretendo refletir e analisar, uma experiência de cuidados, que tenha sido determinante no meu crescimento pessoal e profissional, como futuro EESMO, através do Ciclo reflexivo de Gibbs.

Torna-se deveras importante, momentos que nos façam parar, e pensar sobre aquilo que fazemos, aquilo que somos e aquilo que pretendemos ser. Este trabalho poder ser, e é, um instrumento de avaliação, mas para mim a sua realização visa integrar uma experiência vivida, com toda a análise, de emoções, sentimentos, atitudes, na construção da minha formação como EESMO. Questionar-me sobre a minha prática de cuidados, sempre fez parte da minha filosofia profissional, tentando sempre alcançar o que muitos proclamam de “excelência de cuidados”, e considero que, só é possível alcançar um patamar tão elevado, quando pensamos e refletimos sobre aquilo que fazemos e como o fazemos. De acordo com Santos e Fernandes (2004) a pessoa que faz reflexão procura a evidência para apoiar o novo modo de pensar e apela à racionalidade para o fazer, aumentando a capacidade de aprender a partir das práticas. Neste sentido a experiência que resolvi relatar, não é mais que uma análise a todo o meu percurso vivido, que culminou no primeiro dia de ensino clínico V. *O porquê da minha decisão de formação nesta área? O que podia esperar? O que senti?* Tudo fez mais sentido no final do primeiro dia no Bloco de Partos.

1 -UM MUNDO MÁGICO

Conclui da minha licenciatura em enfermagem no ano de 2000, e sempre senti uma enorme vontade de trabalhar em cuidados paliativos. Era sem dúvida uma área de interesse pessoal, que me deixava bastante realizada e que pretendia explorar na prestação direta de cuidados. No entanto no ano de 2000, ainda eram poucas as unidades de paliativos, e aceitei trabalhar no serviço de cirurgia, onde fiz todo o meu percurso hospitalar. Ao contrário de grande parte dos meus colegas o “amor” pela Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica, não nasceu na infância, ou no curso base, ele surgiu insidiosamente, no dia em que fui mãe pela primeira vez. O momento do parto foi um momento único na minha vida, a experiência mais positiva que tive até aos dias de hoje. Tudo aquilo fez-me questionar, sobre o que sou e projetou-se também na minha vida profissional. Agora que olho para traz, percebo que toda a beleza do momento teve um enorme impacto em mim, e que me fez questionar, sobre o papel determinante do EESMO na experiência de gravidez e parto de cada casal. Percebi, que gostaria de passar a estar do lado de lá, como profissional que apoia e orienta o casal nesta experiência única, que é a vivência de uma gravidez e por sua vez, o nascimento de um filho. Segundo Braden (2000, p. 219) salienta que “o apoio constante da enfermeira pode ajudar a atenuar o *stress* emocional e o desconforto físico durante esse período.”

No ano de 2006, iniciei funções nos cuidados primários, e rapidamente constatei a enorme lacuna existente no acompanhamento especializado, ao casal que procurava cuidados de qualidade na sua vigilância de gravidez, bem como em toda a assistência ao nível da saúde sexual e reprodutiva. Este facto, que foi também determinante na minha opção pela Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. De acordo com Ordem dos Enfermeiros (2010), a intervenção do Enfermeiro Especialista incide nos projetos de saúde da mulher/casal, a vivenciar os processos de saúde/doença, no contexto da saúde sexual e reprodutiva.

A experiência que passo a relatar, foi sem dúvida algo, que fez despoletar em mim um conjunto de sentimentos, marcando de forma significativa tudo o que tinha vivido até então e tudo aquilo que vivenciei depois, em contexto formativo. Refiro-me ao meu

primeiro dia no bloco de partos, como futura EESMO, a desenvolver competências no cuidar da mulher/casal durante o trabalho de parto e parto.

O grande dia tinha chegado, e eu sentia um turbilhão de emoções: medo que todas as minhas expectativas saíssem defraudadas, felicidade por poder finalmente participar numa experiência de parto como futuro EESMO, angústia por não conseguir controlar todos os factos envolventes, determinada para o processo de aprendizagem, mas acima de tudo aterrorizada com medo de errar.

Recordo que ao subir as escadas que me levavam ao bloco de partos, pela primeira vez, me questionava: “ *será que escolhi o caminho certo?*”, *Será que estarei à altura da exigência e responsabilidade do contexto de cuidados?* Ao entrar no serviço, apresentei-me e fui encaminhada para o enfermeiro chefe do serviço, depois de uma conversa informal, foi-me apresentado o serviço. Para mim tudo era novo, o espaço físico, a equipa, os procedimentos, mas o acolhimento afável, parecia dar-me alguma tranquilidade aparente. Aquele espaço transmitia alguma mística especial, que atenuava meus medos. Após alguns minutos, entrou na sala de enfermagem, uma pessoa de sorriso fácil, que me cumprimentou e imediatamente apresentou-se. Era a minha orientadora do ensino clínico, a primeira imagem que ficou presente na memória, foi de uma pessoa confiante e com uma enorme disponibilidade, em relação à minha presença, e tudo o que isso implicava. Ainda estávamos a viver o momento das apresentações, quando fomos interrompidas para assistirmos a passagem das ocorrências do turno anterior. De imediato dirigimo-nos para a sala número quatro, onde se encontrava uma parturiente. Ao entrar, olhei para a parturiente e pelo seu fômites, posição, ambiente em redor, percebi que se encontrava em período expulsivo, nesse momento pensei: “ *hoje é o primeiro dia, suponho que seja de observação, ou não?*” Quase em simultâneo como meu pensamento, a minha orientadora apresentou-se à parturiente e apresentou-me, sugeriu-me que fosse vestindo a bata e as respectivas proteções, para realização do parto. Conseguia sentir o meu batimento cardíaco, até parecia que isso era perceptível aos outros. Aquele momento tinha sido sempre desejado ao longo de todo o meu percurso formativo, mas um sentimento de fuga, parecia invadir a minha vontade consciente de ficar. Ao meu ouvido aproximou-se uma voz calma, que me disse: “*vamos fazer juntas este parto*”. Aquela voz tranquila e segura fez canalizar toda a minha atenção, na parturiente e no seu companheiro, e quase de imediato, parece que desliguei de tudo em redor. A mão da

minha orientadora sobrepunha a minha, a sua voz serena tranquilizava a parturiente e conduzia a minha conduta. As mensagens de estímulo e incentivo, para a parturiente pareciam ter um efeito em todos os implicados, inclusive em mim. Quando relato aqueles minutos, não consigo recordar-me da presença de outras pessoas na sala, sei que estavam presentes, nomeadamente a auxiliar e outra enfermeira. Acho que fiz uma seleção dos estímulos, porque senti-me a viver uma experiência, idêntica ao que vivencia quando sonhamos, em que existe uma enorme carga emocional envolvida, mas simultaneamente estamos calmos e numa aparente tranquilidade, que não condiz com os sentimentos vividos. Após o período expulsivo o recém-nascido foi colocado em contacto pele a pele, as lágrimas da mãe caíam pela sua face exausta, e o pai que respirou de alívio, abraçou ambos e disse-nos: *“obrigado”*.

A partilha das emoções vividas no parto, entre a parturiente, companheiro e EESMO, foi sem dúvida o eu mais me impressionou. Esta foi, uma das experiências mais significativas da minha vida profissional e pessoal, apesar dos conhecimentos científicos estarem presentes, as leituras, as habilidades humanas, contudo a habilidade técnica não estava desenvolvida, mas rapidamente, percebi que o mais importante, é centrarmo-nos nas verdadeiras necessidades da mulher/casal. E ter ao meu lado alguém que acreditava nas minhas competências, teve um papel preponderante, no desbloquear de todos os meus medos e inseguranças. Esta primeira experiência no Bloco de Parto, teve um impacto extremamente positivo na minha aprendizagem, senti, que entrei num mundo mágico, e gostaria de lá voltar vezes sem contas. Considero que, a vida faz-se de ciclos, em que os padrões de comportamento do humano estão muitas das vezes condicionados pelo factor social, e durante o ciclo da vida adulta, não são comuns experiências de vida que provoquem está turbilhão de emoções partilhadas, com o outro, sendo esse outro, alguém sem qualquer laço afectivo prévio. É nesta partilha que tudo faz sentido, a sensação de felicidade que ficou, impulsionou-me para vencer todos os obstáculos, que poderiam surgir ao longo do ensino clínico. De acordo com Petit (2004, p g 94), “o cuidado situa-se numa espécie de espaço intermediário, um lugar de encontro entre quem cuida e quem é cuidado, o qual não se encontra totalmente definido, mas incerto e descobrindo-se, inventando-se, investindo-se a cada momento” (Hesbeen, 2004). Este momento de aprendizagem fez-me ter a certeza que tinha escolhido o caminho certo, fez-me querer

ser melhor enfermeira e acima de tudo, ser uma EESMO, que procura dar uma resposta especializada e adequada as necessidades da mulher/casal incidindo no seu projeto de saúde. Ao posso deixar de referir o sentimento de confiança que foi depositado em nós, por parte do casal, um reconhecimento de competências, que ainda não passa para as grandes massas populacionais. Muitas das vezes só aqueles que passam por uma experiencia de gravidez e parto constataam que o EESMO é o elemento mais importante na equipa de saúde.

2 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A excelência dos cuidados em enfermagem passa, por um percurso profissional que promova e estimule a qualidade e o desenvolvimento da prática de enfermagem, ancorado numa atitude crítica e reflexiva (Cruz, 2008). Ao elaborar este diário de aprendizagem, pude de alguma forma analisar todos os sentimentos envolvidos, bem como refletir sobre a minha atuação como futuro EESMO. A experiência que relatei, foi sem dúvida marcante, no meu percurso de aprendizagem, porque permitiu-me refletir acerca dos objectivos que tinha pré definido para a minha vida profissional.

Todos sabemos que, a falta de domínio da competência técnica, é algo que deixa a grande parte dos enfermeiros inseguros e muitas das vezes sobre posiciona-se acima de outros níveis de competências. Mas o primeiro momento em que assisti uma parturiente, foi vivido com uma enorme tranquilidade, e uma sensação de contentamento desmedida. A vivência destas emoções, deixou-me perplexa, foi como, mergulhar num mundo novo, que me deixava muito feliz e não queria voltar à superfície.

O contexto de cuidados num Bloco de Partos, permite vivências únicas a nível emocional, pautado por uma autonomia que é difícil de observar noutro contexto. Esta autonomia dá poder, mas simultaneamente responsabilidade, que considero ser essencial para que os outros, finalmente reconheçam competência ao EESMO, como pivô da equipa de cuidados e o pilar na prestação de cuidados de qualidade, que promovam a autonomia do casal no momento que é seu, o parto.

BIBLIOGRAFIA

- BRANDEN, P. – **Enfermagem Materno-Infantil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso. 2000. ISBN 85-87148-41-9.
- SANTOS, Elvira e FERNANDES, Amanda – **Prática reflexiva – Guia para a reflexão**, Ficha técnica, Março de 2004
- CUNHA, M. e colaboradores CENTRO DE ESTUDOS EM EDUCAÇÃO, TECNOLOGIAS E SAÚDE – **Atitudes do enfermeiro em contexto de ensino clínico, uma revisão da literatura**. Viseu. Acedido em 9 de Maio de 2011. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenum/Millenum38/18.pdf>
- HASBEEN, Walter (2004) – **Cuidar neste mundo**. Loures: Lusociência. ISBN972-8383-71-1
- CRUZ, Silva – **A supervisão clínica em enfermagem como estratégia de qualidade no contexto de enfermagem avançada**. Revista Servir, 2008 p.200

Apêndice IV

Reflexão do Ensino Clínico de Neonatologia

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

2º MESTRADO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

Unidade Curricular de Ensino Clínico V de Enfermagem em Contexto neonatal

Reflexão Individual



“O MUNDO QUE NOS SEPARA...”

Elaborado por: Cristina Isabel Balona Delfino nº - 3827

Docente Orientador:
Professora Maria João Delgado

Orientador do Ensino Clínico V:
Enfermeira Ana Morgado

Lisboa

2012

*“ Não precisamos saber nem “como”, nem “onde”, mas existe uma pergunta que todos nós devemos fazer, sempre que começamos qualquer coisa: **Para que tenho eu de fazer isto?**”*

Paulo Coelho

ÍNDICE

0 INTRODUÇÃO.....	4
1 CUIDAR EM CONTEXTO NEONATAL - “ O MUNDO QUE NOS SEPARA”.	5
1.1 Objectivos definidos para o Ensino Clínico	
1.2 Intervenções desenvolvidas no Ensino Clínico	
1.3 Análise do percurso de Aprendizagem	
2 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	10
3 – BIBLIOGRAFIA.....	11




O – INTRODUÇÃO.

O presente trabalho foi realizado no âmbito da unidade Curricular de Ensino Clínico V, Enfermagem em contexto neonatal, integrada no 2º. Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Pretende-se que este trabalho permita uma prática reflexiva, individualizada, de percursos e experiências vivenciados em contexto de aprendizagem. E acima de tudo, seja um momento de crescimento pessoal e profissional, que resulta da análise de um conjunto de intenções e metas, intervenções desenvolvidas e resultados obtidos. Neste sentido ao longo deste ensino clínico, objectivou-se desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados, ao recém-nascido/família, durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde do recém-nascido e assegurar a sua adaptação à vida extrauterina, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade, em contexto de cuidados neonatais.

O Ensino Clínico V, em contexto neonatal, decorreu na Unidade de Neonatologia do Hospital São Bernardo em Setúbal, de dia 15 Abril a dia 20 Abril de 2012, num total de 35 horas, de contacto, no âmbito do cuidado ao recém-nascido/família no período neonatal.

Para Lowdermilk (2006, pg 934) “ O nascimento de uma criança de risco devido a situações ou a circunstâncias que se sobrepõem ao curso normal de acontecimentos relacionados com o nascimento e adaptação á vida extrauterina é um desafio para o enfermeiro”.




O presente trabalho encontra-se estruturado em três capítulos, introdução, desenvolvimento da reflexão e considerações finais. A sua elaboração visa:

-  Definir os objectivos individuais de aprendizagem,
-  Definir as actividades planeadas,
-  Analisar o processo de aprendizagem, possibilitando uma prática reflexiva.

1.CUIDAR EM CONTEXTO NEONATAL – “ O mundo que nos separa...”

1.1 Objectivos definidos para o Ensino Clínico

Considero que este ensino clínico foi em dúvida um verdadeiro desafio, não só pela especificidade de cuidados que lhe está associada, mas acima de tudo por a oportunidade acrescida de desenvolver e aprofundar a minha temática em estudo - *Intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica, promotoras do processo de vinculação entre Pais e filho*. Neste sentido orientei a minha prestação de cuidados para a área de intervenção que considerei mais pertinente, de forma a torna-se uma experiência válida enquanto futuro EESMO integrado nos cuidados primários. Considerei assim pertinente definir os seguintes objectivos para este ensino clínico:

-  Desenvolver competências para prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido prematuro/ com patologia e a sua família no âmbito da transição para a parentalidade, em situação de doença, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar do recém-nascido/família.
-  Desenvolver Competências, para prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados, que promovam o processo de vinculação mãe/Pai e Filho, em contexto de cuidados neonatais.
-  Desenvolver Competências, para prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados, aquando da transição e integração do recém-nascido/família na comunidade.

1.1 Intervenções desenvolvidas no Ensino Clínico

De forma a alcançar os objectivos planeados, foram desenvolvidas intervenções ao longo do ensino clínico, que de uma forma sucinta passo a enunciar:

- Providenciar para que seja explicado aos pais o diagnóstico do recém-nascido, procedimentos, funcionamento da unidade, com linguagem simples e adequada.
- Prestar cuidados diretos ao recém-nascido, implementadas medidas de suporte na adaptação á vida extrauterina e estabilidade hemodinâmica;
- Explicar aos pais todas as intervenções realizadas ao recém-nascido;
- Incentivar a mãe e o pai a participarem nos cuidados ao recém-nascido, e a prestar autonomamente todos os que forem possíveis;
- Proporcionar momentos de intimidade entre a Tríade;
- Explicar a mãe/pai a importância da vinculação precoce no bem-estar físico, psíquico, relacional do bebé;
- Apoiar no processo de amamentação;
- Dar apoio emocional ao casal a viver o processo de doença do recém-nascido;
- Encorajar para desenvolvimento de estratégias de *coping* do casal que permita o estabelecimento de laços afectivos entre estes e o recém-nascido;
- Informar e orientar para os recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder as necessidades da família;

1.3 – Análise do percurso de aprendizagem

Refletir sobre as decisões, atitudes, caminhos que escolhemos, é uma tarefa, que inconscientemente colocamos no fundo da lista de afazeres, e só a fazemos quando, surge um acontecimento drástico no percurso da nossa vida. Porque a reflexão pressupõe um confronto com todo o que foi vivenciado, emoções, sensações, incapacidades e angustias, pré-conceitos, é muitas vezes negligenciada esta dimensão da expressão humana. A reflexão sobre a prática, revela-se de extrema importância no âmbito dos cuidados de enfermagem, já que permite uma consciencialização dos resultados obtidos, das emoções implicadas, e acima de tudo clarificação do processo de aprendizagem. Porque passar pela experiência sem as incorporar no “vivido”, é

desprovermos de significado aquilo que foi experienciado. Este momento de aprendizagem, foi sem dúvida um momento que me obrigou a refletir sobre conceitos, conhecimentos, experiências anteriores e futuras experiências de cuidados, pois para mim, cuidar em contexto de neonatologia era por assim dizer um “mundo novo”, sendo esta a minha primeira experiência a prestação de cuidados nesta área.

As unidades de neonatologia de hoje são, espaço especializados, cujo contexto de cuidados é um verdadeiro desafio para os vários intervenientes. Canavarro (2008), refere que as unidades de cuidados intensivos neonatais, tal como as conhecemos hoje são serviços altamente especializados. “O início de vida neste ambiente tão artificial é difícil e problemático para todos os parceiros envolvidos.” (Canavarro, 2008, pg.236). A hostilidade de todo o equipamento da unidade, contrasta drasticamente com a fragilidade, insegurança e até sentimentos de culpa dos pais que pela primeira vez contactam com a unidade. O que senti nas primeiras horas de prestação de cuidados na unidade, pode-se descrever como uma áurea repleta de uma carga emocional elevadíssima, em que o domínio dos procedimentos técnicos revela-se importante no cuidar o recém-nascido/família, mas o factor determinante na prestação de cuidados, foi sem dúvida a relação de suporte que se estabelece com a família. Na verdade após esta primeira experiência de cuidados, senti que a verdadeira essência de cuidados ao recém-nascido, em contexto neonatal passa sem duvida por tornar “invisíveis” todas as barreiras que impedem o processo de vinculação entre mãe/pai/recém-nascido. De acordo com Brazelton (1992, pg. 83) “...que dizer de um nascimento que fica aquém do ideal que muitas pessoas experimentam? O desenvolvimento da vinculação é menos isento de obstáculos, mas não há razão para que o resultado seja menos recompensador.”

A gravidez e o nascimento, são experiências únicas na vida de um casal, em que, a reorganização social e emocional são tarefas a serem cumpridas, de forma a integrarem os novos papéis nas suas vidas. Quando este processo é interrompido abruptamente, e surge um parto pré-termo, ou um nascimento de um recém-nascido com patologia, tudo o que foi idealizado pelos pais, desmorona-se. Aquele bebé imaginado pelos pais, lindo e saudável, terá que dar lugar a um bebé real, imaturo, emagrecido, dependente de todo aquele suporte tecnológico, para sobreviver. Esta realidade provoca nos pais sentimentos ambivalentes, em que a incerteza do prognóstico, pode ser um factor ameaçador e de fuga, mas simultaneamente, estes

pais, já sentem uma forte ligação aquele bebé, que lhes permite uma aproximação e um investimento naquela relação. O sofrimento destes pais é assim uma constante, neste contexto de cuidados, sendo considerado por mim, a maior dificuldade. Na minha perspectiva, este obstáculo só pode ser contornado, quando a minha prestação de cuidados como Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica, se baseou numa intervenção promotora do desenvolvimento parental. Em que são várias as intervenções que considero determinantes, para que os pais se sintam elementos participantes do bem-estar do seu filho. O acolhimento aos pais, é importante que lhes seja dada informação adequada sobre equipamentos e regras da unidade, bem como rotinas da equipa multidisciplinar, de modo a estabelecer-se uma relação de confiança entre profissionais e família. Dar informação simples e clara sobre o bem-estar do recém-nascido, porque estes pais necessitam constantemente de respostas. O suporte e apoio emocional aos pais é sem dúvida, das intervenções determinantes no processo de vinculação, porque muitas das vezes estes pais sentem uma turbilhão de sentimentos negativos, culpa, raiva, medo, que os deixa impotentes para prosseguir, e alguns comportamentos podem não ser entendidos pelos profissionais. E acima de tudo proporcionar aos pais momentos de aprendizagem das habilidades parentais, nomeadamente na participação dos cuidados ao recém-nascido, cuidados de higiene e conforto, alimentação, comunicação. Para Costa et al (2010, p. 703) “existe uma necessidade de mudança na abordagem no cuidado de enfermagem, para que as mães sejam atendidas em suas necessidades, e assim possam participar nos cuidados ao seu recém-nascido, favorecendo a formação do vínculo afectivo mãe-bebé. No decorrer da minha prestação de cuidados ao recém-nascido/família, uma mãe descreveu-me a unidade como “ mundo que a separa do seu filho”, e este sentir de alguma forma, consciencializou-me para, a necessidade emergente de minimizar as barreiras que impedem que esta mãe, sinta que aquele filho não lhe pertence. De acordo com Brazelton (1992, p 96) “ a enfermeira num berçário de alto risco deve ter um duplo objectivo: não apenas ajudar o bebé frágil a sobreviver, mas também desenvolver empatia pelos pais, ajuda-los a vincularem-se ao bebé.” Este é sem dúvida um verdadeiro desafio, que se coloca aos enfermeiros, que muitas das vezes o domínio tecnicista dos cuidados sobressai em detrimento do domínio humano, sobretudo em situação no limite da sobrevivência. Este sentir pode ser mais evidente quando observado por profissionais que não estejam envolvidos na equipa de cuidados

diariamente. Neste sentido considero emergente, envolver os pais, em tudo o que implica o bem-estar do recém-nascido, nomeadamente que os pais sejam parceiros na decisão e que se sintam integrados nos cuidados ao recém-nascido. Esta parceria, contribui para o sucesso da adaptação da família a uma nova realidade, que tem um impacto enorme aquando da integração de recém-nascido/família na comunidade. Como futuro EESMO a prestar cuidados na comunidade, constatei como se torna importante, que a família sinta, que o facto de regressar a casa, não significa, estarem sozinhos. A continuidade dos cuidados torna-se determinante para que a família possa perseguir o seu percurso e desenvolver estratégias de adaptação. Contactar a equipa de cuidados na comunidade na preparação para alta do recém-nascido, é uma das intervenções de primeira linha, sendo precedida de visitas domiciliárias ao recém-nascido/família consoante as necessidades. Neste sentido este ensino clínico foi enriquecedor e catalisador para uma prática de cuidados especializados como futuro EESMO na comunidade, centrados nas verdadeiras necessidades do recém-nascido/família, que vivenciou um internamento numa unidade de neonatologia.

2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O nascimento de um recém-nascido de risco, com patologia, prematuridade ou até resultado de uma complicação inerente ao parto, impões uma crise situacional para a família, em que a intervenção do EESMO apresenta um papel fundamental, na capacitação do casal, para desenvolver estratégias de *coping* que lhes permitam readaptar uma nova realidade. Neste ensino clínico pretendi desenvolver competências e aprofundar conhecimentos no cuidado ao recém-nascido /família em contexto de internamento na unidade neonatal, com vista a promoção da saúde e bem-estar do recém-nascido/família. Devo referir que este ensino clínico foi também uma oportunidade única para aprofundar e desenvolver conhecimentos, sobre a temática por mim desenvolvida no meu projeto de intervenção, que se integra ao nível do apoio e suporte no processo de transição para a parentalidade, nomeadamente na promoção da vinculação entre mãe/pai e filho. A intervenção do EESMO é determinante para que a família sinta que tem um papel fundamental no bem-estar de recém-nascido, que os laços já estabelecidos *intra-útero* devem sair reforçados, apesar de toda a hostilidade do espaço físico que os circunda. Pude verificar, que apesar dos conceitos científicos, estarem presentes, o contacto com a realidade na prestação direta de cuidados, foi deveras enriquecedor e foi especialmente gratificante, como mais um momento de aprendizagem para o meu futuro percurso profissional, como EESMO em contexto da prática de cuidados ao nível dos cuidados primários. O regresso a casa destas famílias, por vezes tem um sabor agri-doce, foi é um momento muito esperado, mas simultaneamente é um momento em que surgem as grandes questões: “serei capaz de cuidar de forma autónoma? Estarei á altura das expectativas depositadas em mim?”. Esta experiencia, permitiu-me perceber o quanto ao nível da comunidade pode ser feito para que estes pais nunca se sintam sozinhos, e que o internamento na unidade seja percepcionado pelos pais como um “mundo que os aproxima do seu filho”, e não como um momento de ruptura.

3– BIBLIOGRAFIA

- Brazelton, T. B. (1992) – *Tornar-se Família*. Lisboa: Terramar, 1992, ISBN 972 – 710-056-2.
- Canavarro, M. C. (2001) - *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972- 8535-77-5.
- Costa, M; Abrantes, M; Brio, M – A UTI neonatal sob óptica das mães. Revista Electrónica de Enfermagem, 2010 Dez: 698-705 disponível em 20 de Abril de 2012 em <http://web.ebscohost.com/nrc/detail?vid=18&hid=108&sid=a4f6140b-34ad-46e9-9913-a15ee7fb9596%40sessionmgr4&bdata=JnNpdGU9bnJlWxpdmU%3d#db=rzh&AN=2010998976>
- Decreto-lei nº 127/2011, DR 2ª série nº. 35 de 18 de Fevereiro de 2011
- Documento Orientador dos EC V e IV, 2011/2012 – 2º Metrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- Lowdermilk, Deitra Leonard; Perry Shannon E. (2008) - *Enfermagem na Maternidade*. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-16-1

Apêndice V

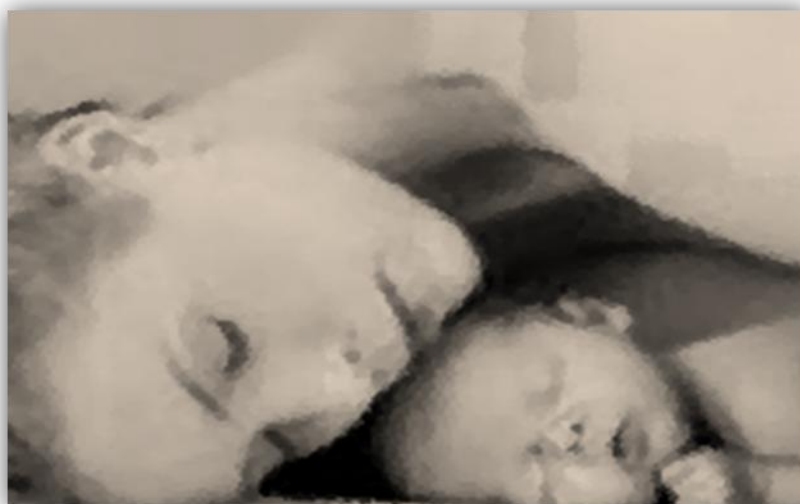
Diário de Aprendizagem 2

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

2º MESTRADO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

Ensino Clínico V - Centro Hospitalar de Setúbal

Diário de Aprendizagem II



Elaborado por: Cristina Isabel Balona Delfino nº - 3827

Docente Orientador:
Professora Maria João Delgado
Orientador do Ensino Clínico V
Enfermeira Especialista Antónia Prates

Lisboa

2012

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO.....	3
1 – QUANDO O AMOR TARDA.....	4
2 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	8
3 – BIBLIOGRAFIA.....	9

0 – INTRODUÇÃO

Este trabalho, realizado no âmbito da Unidade Curricular Ensino Clínico V, do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, tem como finalidade refletir sobre uma experiência significativa, através do Ciclo reflexivo de Gibbs.

O ensino clínico é um momento único, na construção e aquisição de novos conhecimentos, saberes e competências, onde as experiências de aprendizagem são determinantes no processo formativo. Neste contexto a adopção de uma prática reflexiva, é assim um elemento facilitador no processo de aprendizagem. A experiência por si só, não detém valor significativo, no enriquecimento profissional, ela apenas ganha estatuto, quando se aliada a um processo de análise e reflexão sobre a ação. Refletir sobre uma experiência de cuidados implica, questionar – me sobre: *O que aconteceu? O que estou a pensar e sentir? O que foi bom e mau na experiência? Que sentido posso tirar da situação? O que mais poderia ter feito? Se isto acontecer de novo, o que posso fazer?* Da análise destas premissas, nasce o autoconhecimento sobre a situação vivenciada e por conseguinte permite enriquecimento e desenvolvimento profissional, como futuro EESMO.

Devo salientar que a escolha da experiência de cuidados para esta narrativa reflexiva, foi difícil, porque o bloco de partos, foi sem dúvida um contexto de cuidados, gerador múltiplas experiências significativas. No entanto considerei pertinente, analisar uma experiência, dentro da temática que desenvolvi ao longo do ensino clínico, ligação entre pais e filho, e o seu contributo para o processo de vinculação.

1 – QUANDO O AMOR TARDA

Eram 21 horas de dia 8 de Março, quando Sónia, entrou no bloco de partos, aparentemente calma, revelando até um fáceis apático, sem esboço de muita emoção, reagia a minha presença de forma cordial, mas com algum distanciamento. Era a sua segunda gravidez, tinha um filho de 3 anos de idade que nascera de parto eutócico, estava com 39 semanas de gestação. Recorrera a urgência Obstétrica, por algias pélvicas, após observação, verificou-se que estava com dilatação completa do colo e imediatamente foi transferida para o Boco de partos. Trazia consigo o seu marido, João, um homem simpático que manifestava alguma ansiedade, inerente ao momento vivenciado. Este mostrava-se disponível e bastante receptivo às minhas questões e sugestões, no entanto Sónia parecia manter uma postura muito hesitante. Achei que a sua pouca receptividade poderia estar associada, ao medo do parto, e tentei de alguma forma, contornar este bloqueio ao nível da comunicação. Tentei perceber o que estava a sentir e pensar, mas todas as suas respostas se resumiram a um “não” ou “sim”. Relembro que senti alguma frustração, e até questionei-me o que estaria a fazer de errado, porque não estava a conseguir perceber as verdadeiras necessidades e vontades daquele casal. Rapidamente considerei, que o problema pudesse residir na minha dificuldade em compreender todos os factores envolventes e na adequação dos meus cuidados a situação em causa. Os minutos para mim, pareciam uma eternidade, porque, Sónia encontrava-se em período expulsivo e mantinha-se fechada no seu “mundo”. Apesar de fisicamente estarem reunidas todas as condições para realizar esforços expulsivos, de forma serena e muito calma recusava-se em fazê-lo. Eram constantes as mensagens de apoio e carinho do seu marido, mas Sónia mantinha uma inércia, que quase parecia patológica. A lucidez e serenidade de Sónia, parecia contrastar com a sua recusa em colaborar. Fiquei confusa e senti-me impotente, pois não conseguia desenvolver uma estratégia que me permitisse ajudar a Sónia. Gerir todas as minhas emoções e ansiedades naquele momento foi difícil, pois todas as minhas intervenções pareciam não ter qualquer êxito. Após varias palavras, olhares e mensagens de incentivo, Sónia parecia determinada em adiar ou anular aquele nascimento. Foi então necessária uma intervenção, menos expectante, mais interventiva e até de certo modo, de confronto, para com a Sónia. Naquele momento tive a noção que, aquele era o ultimo recurso, para conseguir ajuda-la, mas eu não o

consegui fazer, foi a minha orientadora que o fez. Não conseguia escolher as palavras certas, o momento certo, existia por detrás daquela beleza angelical da Sónia, um sofrimento silencioso. As 22 horas e 15 minutos, nasceu a Inês, mais uma vez questioneei a Sónia sobre o contacto pele a pele com o recém-nascido, e esta respondeu-me de uma forma muito determinada que recusava. Ao longo das duas horas seguintes, Sónia não manteve qualquer contacto visual com a sua filha, e recusou também amamentar. O João, quase de uma forma imediata, tentava desculpar a ausência de afectos, por parte da puérpera, para com a sua filha, referindo que estava se encontrava muito cansada, que tinha tido uma experiência anterior de amamentação negativa.

Tudo o que estava a vivenciar era também novo para mim, pela primeira vez, sentia-me desconfortável no meu papel como futuro EESMO, porque sentia-me impotente perante uma situação, que não conseguia entender. Sabia que era urgente promover a interação entre mãe e filha, de forma a estimular e promover uma vinculação segura entre os dois elementos, pois este primeiro laço que se estabelece nos primeiros momentos de vida de um recém-nascido pode ser determinantes para o seu bem-estar, enquanto criança e depois adulto. Segundo Capeta et al (2005), “(...) a vinculação segura da criança aos pais, são factores cruciais para o desenvolvimento psíquico e social da criança, com repercussões ao longo de todo o seu ciclo vital”. Aquela aparente ausência de afectos, e até alguma indiferença face ao recém-nascido, tornou-se a minha principal preocupação no período em que o casal se manteve no bloco de partos. Sónia parecia manter pouca receptividade face a informação que lhe dava, sobre a importância da vinculação e amamentação para o bem-estar do recém-nascido. Foi então que percebi que para Sónia, nada daquilo era importante, esta família necessitaria de uma intervenção e apoio ao nível das competências parentais, que este seria o primeiro dia de um processo de cuidados, que se poderia e deveria dar continuidade ao nível da comunidade. Mas naquele momento, tentei intervir junto de João, incentivando e promovendo aquela interação que se estava estabelecendo. Naquele momento Sónia encontrava-se a dormir e João aproximou-se de mim e disse: *“Sabe, tem sido difícil para ela, esta gravidez não foi planeada, ficou grávida numa fase que não estávamos muito bem...”* Perante aquele desabafo, achei que João não precisava de muitas perguntas, mas sim de respostas. Aquele foi para mim, o reconhecer por parto do casal, que algo não estava bem.

Esta experiência, permitiu-me questionar, e refletir sobre diversos factores envolvidos e que culminaram, numa experiência de parto negativo, com repercussões no bem-estar da tríade.

Várias questões surgiram:

Será que durante a vigilância da gravidez, não teria sido possível detectar alterações ao nível da vinculação pré-natal? Se foi detectado, que intervenções foram realizadas? Porque não existe nenhum registo no boletim de saúde da grávida sobre o tipo de vinculação estabelecido. Na minha perspectiva, a interação emocional entre o casal gravido e o seu feto ainda é uma temática que não é monitorizada, aquando da vigilância pré-natal, e algumas das vezes subvalorizada. E de acordo com Sá (2003), “mesmo vida comportamental e mental do bebé vai-se desenvolvendo progressivamente com a construção de modelos de representação da mãe, através dos quais ela percebe o seu universo, inda antes do nascimento. Assim o bebé, terá que sentir imaginado, acolhido, desejado e compreendido, para se sentir seguro, ainda no útero da mãe. Neste sentido, com esta experiência pude constatar, que o investimento em projeto que promovam a saúde mental do casal, e na detecção de problema o mais precoce possível, é uma competência do EESMO, que deve iniciar no período pré natal, e dar-se continuidade até estar estabelecida uma parentalidade segura e responsável. Este foi sem dúvida um dos aspectos negativo, nesta experiência, constatar que teria sido determinante uma intervenção especializada, ao nível da saúde mental da grávida no período pré-natal, que não existiu, apesar da vigilância ter sido realizado por um EESMO.

Algo que me surpreendeu, foi sem dúvida também o impacto que pode ter no parto, o tipo de ligação que a mãe/pai estabelece com o seu filho, e pode influenciar de forma positiva ou negativa. O factor psicológico/emocional é determinante para o trabalho de parto. Numa análise à posteriori, percebi, Sónia recusava-se a aceitar a gravidez e o nascimento de sua filha, por questões inerentes a estabilidade do casal. O momento do parto foi assim vivenciado pela Sónia como um momento traumático, que podia de alguma forma condicionar o bem-estar não só psicológico mas também físico do recém-nascido. Para mim também foi importante conseguir estabelecer uma relação de confiança com o João, de forma a capacita-lo, para em conjunto com a Sónia, desenvolverem mecanismos de coping, que lhes permitissem lidar com o problema encontrado. Porque algumas vezes esta ligação ao recém-nascido não é imediata,

pode levar algumas horas e até dias, é necessário sim, outro elemento da família que seja a figura de vinculação, para aquele recém-nascido.

E a minha maior questão, recaia sobre a continuidade aos cuidados prestados. Decidi registar no processo da grávida, o problema detectado, e as intervenções que realizei, registei também no livro da grávida e na passagem das ocorrências, enfatizei o sucedido, e relembrei talvez a necessidade de intervenção ao nível da comunidade. Não posso no entanto de deixar de referir, que quando me despedi do casal, senti, que o futuro daquela família era muito incerto. Precisava de algo que me deixasse tranquila em relação, à continuidade dos cuidados, fiquei com muitas dúvidas, se o problema que detectei, seria também considerado problema para outros profissionais.

Se passa-se novamente por esta experiencia, tinha tentado manter de alguma forma o contacto com o casal, pedido autorização para estabelecer um contacto posterior, ou até uma visita domiciliária. No momento não o fiz, porque como aluna em ensino clinico, estava focada nas competências do EESMO em contexto de bloco de partos, e achei que estava a extrapolar, o meu contexto de cuidados.

2 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao elaborar este diário de aprendizagem, pude de alguma forma analisar todos os sentimentos envolvidos, bem como refletir sobre a minha atuação como futuro EESMO, no de correr de uma experiência que foi marcante no meu desenvolvimento pessoal e profissional. Perceber que, o momento do parto pode representar um sofrimento emocional, e a inexistência de qualquer vínculo afetivo com o recém-nascido, pode acontecer, foi também para mim, uma experiência de aprendizagem. É fácil para qualquer profissional, emitir juízos de valor, resultados de preconceitos, e até exercer pressão junto do casal, para a adoção de comportamentos “normais”. Mas para mim é neste momento que intervenção do EESMO é essencial, perceber, compreender a dinâmica de vida do casal, e ajuda-lo e apoia-lo, na procura de soluções para o problema encontrado. E nesta situação considero que isso foi conseguido.

Esta experiência veio de certa forma, refutar a importância que atribuo, à avaliação do tipo de vinculação estabelecida entre o casal e o seu filho durante a gravidez, de forma antecipar e corrigir problemas ao nível das competências parentais, ainda antes do nascimento.

3. BIBLIOGRAFIA

- Cepêta, T. & Brito, I, & Heitor, M. (2006) – *Promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância*. Manual de orientação para profissionais de saúde. Lisboa: DGS. ISBN: 972-675-121-
- Figueirdo, B et al (2000) *Envolvimento emocional inicial dos pais com o bebé.*, Porto, ata pediátrica portuguesa. Vol. 36 (2/3). Págs. 121-131, disponível em 4 de Junho de 2011
<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4715/1/Envolvimento%20emocional%20inicial%20dos%20pais%20com%20o%20beb%c3%a9.pdf>
- Sá, E (2003) – *Psicologia do feto e do bebé*. 3ª Ed. Lisboa: Edições Fim de Século

Apêndice VI
Folheto Informativo

A qualidade da relação que os pais estabelecem com o seu bebé ainda no útero vai oferecer-lhe segurança e bem estar para explorar o mundo exterior



A gravidez é uma experiência de mudança, na vida do casal, em que a partilha, segurança, compreensão, são factores determinantes no fortalecimento de laços emocionais



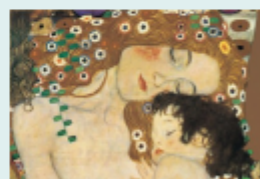
Elaborado por estudante de 2ª CESMO
Ortina Delino 2011/2012

Orientadora: Enf. Especialista Tânia Valente
Hospital nome Sr.ª Rosário-Barreiro, serviço de Obstetria

VINCULAÇÃO NA GRAVIDEZ

O que sinto, o sentes e o que sentimos?

O ambiente dentro do útero é para o bebé o seu primeiro mundo, ele vai aprender a relacionar-se com o que o rodeia através dele



Como posso comunicar com o meu bebé?

Vinculação é uma relação emocional única, específica e duradoura, que se estabelece de um modo gradual, desde os primeiros momentos de vida do bebé ainda dentro do útero



O bebé no útero é um ser sensível a tudo o que o rodeia



Sabia que o seu bebé é capaz de:

Sentir: o bebé às 12 semanas já consegue perceber quando estamos a tocar a barriga da mãe, e quando se toca na barriga ele pode responder a este contacto, mudando de posição. Através do toque o bebé consegue perceber o que está à sua volta. **Toque na barriga de forma calma e carinhosa, o seu filho vai sentir.**



Ouvir: o bebé a partir das 16 semanas de gravidez, consegue reconhecer sons familiares, tal como a voz materna, paterna e de irmãos, bem como temas musicais ouvidos varias vezes pela mãe. **Fale com o seu bebé através da barriga, transmita-lhe mensagens simples de amor e carinho.**

Saborear: a partir das 20 semanas de gravidez as papilas gustativas já estão formadas, o bebé sabe distinguir diferenças subtis de paladar, que são experienciadas pela mãe. E este vai formando assim os seus gostos pessoais. **Não se esqueça todos os paladares que a mãe sente o bebé também vai sentir.**

Cheirar: por volta das 26 semanas de gravidez o bebé consegue distinguir com clareza cheiros diferentes, que são experienciados pela mãe e responder a nível facial a este estímulo.

Ver: a formação das pálpebras no bebé ocorre numa fase inicial da gravidez, mas, só por volta

das 30 semanas de gravidez, o bebé consegue ver. **O seu bebé é capaz de acompanhar um foco de luz intensa.**

A gravidez é um momento único para comunicar com o seu bebé e estabelecer um elo de ligação única e eterno

- ✓Fale com o seu bebé
- ✓Se estiver angustiada/o então explique-lhe o que sente
- ✓Ouça música que gosta
- ✓Projecte sentimentos positivos para o seu bebé
- ✓Conte histórias tranquilas e positivas
- ✓Demonstre afecto
- ✓Assista a ecografia, é um momento privilegiado na relação



Acaricie a barriga de forma tranquila e afectuosa...

ANEXOS

Anexo 1

Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro de Saúde Materna e
Obstétrica e Ginecológica

Diário da República, 2º. Série, n. 35 De 18 de Fevereiro de 2011

Regulamento n.º 127/2011

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

Preâmbulo

Em concordância com o conceito alvo de intervenção, definido e assente na premissa que “os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue”, define-se a Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, tendo subjacente o pressuposto de que a pessoa, como ser sociável e agente intencional de comportamentos é um ser único, com dignidade própria e direito a auto-determinar-se (a Mulher, como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, deve ser entendida numa perspectiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais; e numa perspectiva colectiva como grupo-alvo entendido como o conjunto das Mulheres em idade fértil ligadas pela partilha de condições e interesses comuns).

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica assume a responsabilidade pelo exercício das seguintes áreas de actividade de intervenção: 1. Planeamento familiar e pré-concepcional — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença no âmbito da sexualidade, do planeamento da família e do período pré-concepcional; 2. Gravidez — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal; 3. Parto — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto e parto; 4. Puerpério — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pós-natal; 5. Climatério — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período peri-menopausa; 6. Ginecologia — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; 7. Comunidade — assistência às mulheres em idade fértil, actuando no ambiente em que vivem e se desenvolvem, no sentido de promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenir processos de doença.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica, assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher.

Assim:

Nos termos da alínea c) do n.º 4 do artigo 31.º-A, da alínea o) do artigo 20.º e da alínea i) do artigo 12.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, após aprovação pelo Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, sob proposta do Conselho Directivo, ouvido o Conselho Jurisdicional e os conselhos directivos regionais, a Assembleia Geral aprova o seguinte Regulamento:

Artigo 1.º

Objecto

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica.

Artigo 2.º

Âmbito e Finalidade

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

Artigo 3.º

Conceitos

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

Artigo 4.º

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica

1 — As competências do enfermeiro especialista e enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica são as seguintes:

- a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
- b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- g) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

ANEXO I

Competência

H1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H1.1 Promove a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.	<p>H1.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de educação sexual e de saúde pré-concepcional.</p> <p>H1.1.2. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da regulação da fecundidade e da fertilidade.</p> <p>H1.1.3. Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade no âmbito do planeamento familiar e pré-concepcional.</p> <p>H1.1.4. Informa e orienta em matéria de planeamento familiar e pré-concepcional.</p> <p>H1.1.5. Promove a decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar e saúde pré-concepcional.</p> <p>H1.1.6. Faculta métodos contraceptivos e supervisiona a utilização.</p>
H1.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.	<p>H1.2.1. Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de rastreio e de diagnóstico da situação de saúde da mulher.</p> <p>H1.2.2. Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de protecção da saúde e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis.</p> <p>H1.2.3. Identifica problemas relacionados com a vivência da sexualidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p>

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
	H1.2.4. Identifica e monitoriza o potencial de risco pré-concepcional e obstétrico, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H1.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com infecção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos.
H1.3. Providencia cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infecções sexualmente transmissíveis.	H1.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com disfunções sexuais, incluindo os conviventes significativos. H1.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro. H1.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com disfunções sexuais e ou com problemas de fertilidade, incluindo conviventes significativos. H1.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com infecção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos. H1.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro.

Competência

H2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detectar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	H2.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde pré-natal. H2.1.2. Diagnostica e monitoriza a gravidez. H2.1.3. Promove a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade. H2.1.4. Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez. H2.1.5. Promove a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade. H2.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da gravidez. H2.1.7. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável. H2.1.8. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção do aleitamento materno. H2.1.9. Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão. H2.1.10. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contracepção no período pós-aborto.
H2.2. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	H2.2.1. Informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco. H2.2.2. Identifica e monitoriza saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados. H2.2.3. Prescreve exames auxiliares de diagnóstico necessários à detecção de gravidez de risco. H2.2.4. Identifica e monitoriza desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H2.2.5. Identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H2.2.6. Avalia bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados. H2.2.7. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto. H2.2.8. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável. H2.2.9. Identifica e monitoriza trabalho de abortamento. H2.2.10. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto. H2.2.11. Identifica complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.
H2.3. Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré natal e em situação de abortamento.	H2.3.1. Informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez. H2.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez. H2.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez. H2.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e ou concomitante. H2.3.5. Aplica medidas de suporte básico de vida à mulher em situação crítica. H2.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da grávida durante o transporte. H2.3.7. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-aborto. H2.3.8. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento. H2.3.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-aborto.

Competência

H3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H3.1. Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina.	<p>H3.1.1. Actua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.</p> <p>H3.1.2. Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto.</p> <p>H3.1.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos.</p> <p>H3.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos.</p> <p>H3.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno.</p> <p>H3.1.6. Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.</p>
H3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.	<p>H3.2.1. Identifica e monitoriza trabalho de parto.</p> <p>H3.2.2. Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H3.2.3. Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H3.2.4. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto.</p> <p>H3.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, optimizando as condições de saúde da mãe e do feto.</p> <p>H3.2.6. Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica.</p> <p>H3.2.7. Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina.</p> <p>H3.2.8. Assegura reanimação do recém-nascido em situação de emergência.</p> <p>H3.2.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais.</p> <p>H3.2.10. Identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de actuação.</p>
H3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e ou com o trabalho de parto.	<p>H3.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos.</p> <p>H3.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto.</p> <p>H3.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente em caso de retenção de placenta, efectuando em caso de urgência, extracção manual e revisão uterina.</p> <p>H3.3.4. Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H3.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto.</p> <p>H3.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da parturiente durante o transporte.</p>

Competência

H4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.	<p>H4.1.1. Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida.</p> <p>H4.1.2. Informa e orienta a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido.</p> <p>H4.1.3. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contracepção no período pós-parto.</p> <p>H4.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno.</p> <p>H4.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto.</p> <p>H4.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável.</p>

Competência

H3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H3.1. Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina.	H3.1.1. Actua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado. H3.1.2. Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto. H3.1.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos. H3.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos. H3.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno. H3.1.6. Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.
H3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.	H3.2.1. Identifica e monitoriza trabalho de parto. H3.2.2. Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H3.2.3. Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H3.2.4. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto. H3.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, optimizando as condições de saúde da mãe e do feto. H3.2.6. Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica. H3.2.7. Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina. H3.2.8. Assegura reanimação do recém-nascido em situação de emergência. H3.2.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais. H3.2.10. Identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de actuação.
H3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e ou com o trabalho de parto.	H3.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos. H3.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto. H3.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente em caso de retenção de placenta, efectuando em caso de urgência, extracção manual e revisão uterina. H3.3.4. Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H3.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto. H3.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da parturiente durante o transporte.

Competência

H4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.	H4.1.1. Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida. H4.1.2. Informa e orienta a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido. H4.1.3. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contracepção no período pós-parto. H4.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno. H4.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto. H4.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal.	H4.2.1. Informa, orienta e apoia a mãe no auto-cuidado e a cuidar do seu filho. H4.2.2. Identifica e monitoriza alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.3. Identifica e monitoriza o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.4. Identifica complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto.
H4.3. Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.	H4.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos. H4.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de recuperação pós-parto. H4.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas correctivas ao processo de aleitamento materno. H4.3.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-parto. H4.3.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à puérpera com patologia associada e ou concomitante. H4.3.6. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, em caso de alterações morfológicas e ou funcionais do recém-nascido. H4.3.7. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neo-natal. H4.3.8. Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-parto. H4.3.9. Coopera com outros profissionais no tratamento da puérpera com patologia associada e ou concomitante. H4.3.10. Coopera com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com problemas de saúde no período neo-natal. H4.3.11. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da puérpera e do recém-nascido durante o transporte.

Competência

H5. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H5.1. Promove a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa.	H5.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de rastreio e de promoção da saúde durante o climatério. H5.1.2. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da menopausa. H5.1.3. Informa e orienta a mulher com alterações associadas ao climatério. H5.1.4. Informa e orienta a mulher sobre os recursos disponíveis, promovendo a decisão esclarecida.
H5.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério.	H5.2.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia intervenções de protecção da saúde e prevenção das alterações associadas ao climatério. H5.2.2. Identifica e monitoriza o estado de saúde da mulher no climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.3. Identifica e monitoriza o potencial de risco de doenças causadas pelo decréscimo da função ovárica, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.4. Identifica alterações físicas, psicológicas, emocionais e sexuais decorrentes do climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com alterações associadas ao climatério.
H5.3. Providencia cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa.	H5.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com disfunções sexuais associadas ao climatério, incluindo os conviventes significativos. H5.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e ou concomitante ao climatério. H5.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com complicações associadas ao climatério, incluindo conviventes significativos. H5.3.4. Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações associadas ao climatério.

Competência

H6. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H6.1. Promove a saúde ginecológica da mulher.	H6.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de rastreio no sentido de promover a saúde ginecológica. H6.1.2. Informa e orienta a mulher sobre saúde ginecológica. H6.1.3. Informa e orienta a mulher sobre recursos da comunidade no âmbito da saúde ginecológica, promovendo a decisão esclarecida.
H6.2. Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama.	H6.2.1. Diagnostica e monitoriza potencial de risco da mulher para afecções do aparelho genito-urinário e ou mama. H6.2.2. Diagnostica e monitoriza afecções do aparelho genito-urinário e ou mama, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H6.2.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com afecções do aparelho genito-urinário e ou mama, incluindo os conviventes significativos. H6.2.4. Coopera com outros profissionais no diagnóstico das afecções do aparelho genito-urinário e ou mama.
H6.3. Providencia cuidados à mulher com afecções do aparelho genito-urinário e ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação.	H6.3.1. Informa e orienta a mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e ou mama. H6.3.2. Concebe, planeia implementa e avalia intervenções à mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e ou mama. H6.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocionais e psicológicas à mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e ou mama, incluindo os conviventes significativos. H6.3.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-cirúrgicas de afecções do aparelho genito-urinário e ou mama. H6.3.5. Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com afecções do aparelho genito-urinário e ou mama.

Competência

H7. Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade

Descritivo

Cuida o grupo-alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H7.1. Promove a saúde do grupo alvo.	H7.1.1. Identifica infra-estruturas de saúde da comunidade e as condições de acesso. H7.1.2. Gere os recursos disponíveis na comunidade para dar resposta em situação de urgência/emergência e de transporte. H7.1.3. Diagnostica e monitoriza o estado de saúde das mulheres em idade fértil. H7.1.4. Identifica necessidades em cuidados de enfermagem relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva. H7.1.5. Identifica as causas directas e indirectas da morbi-mortalidade materna e neo-natal utilizando o conhecimento epidemiológico. H7.1.6. Desenvolve estratégias para promover cuidados seguros em diferentes ambientes de nascimento. H7.1.7. Advoga e promove estratégias de "empowerment" para as mulheres em idade fértil. H7.1.8. Advoga o cumprimento da legislação em vigor relacionada com a saúde reprodutiva e maternidade/paternidade.
H7.2. Diagnostica precocemente e intervém no grupo alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva.	H7.2.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções no sentido de responder às necessidades de saúde sexual e reprodutiva. H7.2.2. Valoriza as práticas de saúde tradicionais e contemporâneas, gerindo os seus riscos e benefícios para a saúde das mulheres em idade fértil. H7.2.3. Gere os benefícios e riscos dos locais de nascimento disponíveis. H7.2.4. Avalia e dá parecer sobre condições apropriadas à prática clínica. H7.2.5. Aplica o programa nacional de vacinação e informa sobre as condições de acesso aos serviços de imunização.
H7.3. Intervém na minimização das causas de morbi-mortalidade materno-fetal.	H7.3.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções no sentido de minimizar as causas directas e indirectas de morbi-mortalidade materno-fetal. H7.3.2. Coopera com outros profissionais em programas, projectos e intervenções para melhorar a qualidade global dos serviços no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

Aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica de dia 11 de Setembro de 2010.

Aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010.

20 de Novembro de 2010. — A Bastonária, *Maria Augusta Purificação Rodrigues de Sousa*.

